Rok XXX. Kraków, 3 Stycznia 1891. Nr. 1.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Peres wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

TREŚĆ: I. BIERNACKI: Z kliniki terapeutycznéj szpitalnéj w Warszawie. Spostrzeżenia nad trawieniem żołądkowem w zapaleniu nerek. — II. OBALIŃSKI: Z zakresu chirurgii nerek. — III. PIOTROWSKI: Błękit metylenowy jako środek uśmierzający ból. — IV. PISARZEWSKI: Przypadek błonicy powikłanéj różą. — V. *Oceny i sprawozdania.* W sprawie leczenia środkiem Kocha (c. d.). — VI. KRÓWCZYŃSKIEGO: W sprawie uregulowania prostytucyi. Referat przedłożony c. k. Radzie zdrowia. — JABŁONOWSKI: Przyczynki do Epidemijologii Wschodu. — TALKO: Stosunki lekarskie w Rosyi. — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. Z kliniki terapeutycznéj szpitalnéj w Warszawie.

Spostrzeżenia nad trawieniem żołądkowem w zapaleniu nerek.

Podał
Edmund Biernacki.

W szeregu zabiegów leczniczych stosowanych w chorobie Brighta odżywianie chorego zajmuje nie ostatnie miejsce. Zapalenie nerek, ostre czy przewlekłe, należy do chorób silnie wyniszczających organizm i przez to cierpiący na nie powinni być dobrze odżywiani, jak w ogóle wszelkie przypadki chorób przewlekłych. Ale zadosyćuczynienie temu wskazaniu przy cierpieniu nerek nie jest tak łatwem i prostem, jak w innego rodzaju cierpieniach chronicznych i lekarz napotyka niezbyt rzadko duże trudności. Rzeczywiście przy leczeniu zapalenia nerek należy nie tylko przyjmować pod uwagę ogólny stan chorego, ale rachować się w znacznym stopniu z miejscową chorobą: pokarm tych chorych musi przeto odpowiadać wielu warunkom. Tak z jednéj strony dowóz białka powinien być ograniczonym do niezbędnéj ilości, a straty, które organizm ponosi, uzupełniane więcéj węglowodanami, z drugiéj strony pokarm nie powinien zawierać substancyj drażniących i produktów rozkładu, przytem powinien być zdolnym do przepłukiwania kanalików nerkowych i oswobadzania ich od nagromadzonych produktów przemiany materyi. Za pokarm, odpowiadający tym wszystkim żądaniom, uważają teraz ogólnie mleko.

Mimo to, że dyjetetyka cierpiących na chorobę Brighta określoną jest więc dość dokładnie, jednakże podlega ona dalszemu opracowaniu. Dyjeta mleczna przy zapaleniu nerek nie zawsze daje takie rezultaty, jakich od niéj oczekujemy: chorzy nieraz nie znoszą mleka i pokarm ten musimy oddalić na czas pewien lub na zawsze. Zjawiają się przeto metody i prawidła stosowania mleka w téj chorobie, wskazania do użycia innego pokarmu. Przy tem występuje strona pytania, na którą do tego czasu zwracano mało uwagi, — która jednakże zasługuje na uwzględnienie i bliższy rozbiór, mianowicie stan kanału pokarmowego w chorobie Brighta. Na ostatnim zjeździe w Wiedniu w dyskusyi nad referatami Senatora i v. Ziemssena o leczeniu nerek, Ewald [1]) wskazuje na mleko peptonizowane, tak zwane sztuczne mleko macierzyńskie, jako na pokarm przy zapaleniu nerek. Za podstawę do téj propozycyi służy autorowi pogląd, że niebezpieczeństwo w téj chorobie polega nie na stratach białka, ale na cierpieniu kanału pokarmowego, które rozwija się bardzo często jednocześnie z cierpieniem nerek. Lepine [2]) również stawia na pierwszym planie stan funkcyj żołądka i kiszek przy rozwiązaniu pytania, jakie pokarmy mogą być dawane chorym tym.

Nie ulega wątpliwości, że w przypadkach gdzie odżywianie chorego jest jednem z najpoważniejszych wskazań, konieczną jest znajomość dokładna stanu kanału pokarmowego, względnie stanu trawienia żołądkowego. Znajomość ta czyni możebnym racyjonalny wybór pokarmu i racyjonalne stosowanie tegoż i z tego punktu widzenia potrzebną jest ona przy zapaleniu nerek. Ale stan kanału pokarmowego w téj chorobie powinien interesować sam przez się, a nie tylko we wspomnianym, że tak powiem, podrzędnym kierunku. Wiadomo oddawna, że w zapaleniu nerek mogą istnieć zaburzenia żołądkowe i kiszkowe. Nie mówiąc już o objawach gastrycznych w uremii, obserwujemy język obłożony, odbijania, wymioty masami wodnistemi, co według Bartelsa zależy od obrzęku błony śluzowéj żołądka, rozwolnienie itp. i w ostrem zapaleniu i przy dużéj białéj nerce. Objawy żołądkowe właściwe są jeszcze więcéj marskości nerek i wiadomo, że obraz kataru żołądka może być długo

[1]) *Centralbl. f. klinische Medicin*, 1890, Nr. 27. *Beilage. Bericht über die Verhandlungen des IX Congresses für innere Medizin.* — [2]) *Berliner klin. Wochenschrift*, 1890. *Festnummer.*

jedynym zewnętrznym objawem téj choroby. Zauważmy, że zaburzenia trawienia w zapaleniu nerek powstają same przez się bez jakiegokolwiek zewnętrznego powodu, nawet bez zaburzeń narządu krwionośnego lub oddechowego — li tylko w skutek cierpienia nerek. Naturalnie, że przy swem szczególnem natężeniu zaburzenia trawienne mogą wymagać interwencyi leczniczéj.

Chociaż tym sposobem znajomość zaburzeń narządu trawiennego przy zapaleniu nerek jest ważną i z teoretycznego i z praktycznego punktu widzenia, nie posiadamy dotąd w tym kierunku ścisłych danych anatomo-patologicznych lub klinicznych. Istnieją tylko nieliczne wskazówki i przeciwne zdania. Według Fenwicka i Foxa [1]) przy marskości nerek rozwija się zapalenie żołądka międzygruczołowe, a przy miąższowem zapaleniu follikularne. Hlava i Thomayer [2]) twierdzą, że przypadłości gastryczne istnieją tylko u takich chorych na *nephritis*, którzy cierpią na międzymiąższowe zapalenie żołądka. Wbrew tym danym, według których objawy żołądkowe przy zapaleniu nerek oparte są na anatomo-patologicznéj podstawie, Leube mniema [3]), że zjawiska dyspeptyczne przy marskości nerek są objawem mocznicy i wogóle mają pochodzenie nerwowe. Daléj, znaleziono w wymiotowanych masach przy uremii mocznik i węglan amonu. Oprócz tych wiadomości mechanizm i chemizm żołądka w zapaleniu nerek pozostaje zupełnie bliżéj nieznanym; nie posiadamy w tym kierunku badań przeprowadzonych za pomocą nowych metod, co już wykonano przy wielu innych stanach chorobowych, jak gorączkowych [4]), sercowych [5]), płucnych [6]) względnie w gruźlicy płucnéj [7]), melancholii (v. Noorden), marskości wątroby, cukromoczu [8]) itd. itd. Mając na względzie brak podobnych danych dla zapalenia nerek przedsięwziąłem szereg odpowiednich spostrzeżeń. Przy badaniu tem musiałem zwrócić uwagę na wszystkie formy zapalenia nerek. Jak wiadomo bowiem duża biała nerka i marskość jéj odróżniają się swym klinicznym przebiegiem i objawami. Zauważmy przytem, że o g ó l n y c h a r a k t e r obu form przewlekłych przedstawia pewne różnice, ostre zaś zapalenie ma dużo wspólnego z formą miąższową. Tak przebieg marskości nerek jest więcéj równomierny, niż dużéj białéj nerki. Ta ostatnia wyróżnia się dość szybkiemi zwrotami od względnego zdrowia do znacznych zaburzeń działalności nerkowéj. W pierwszym razie choroba objawia się mniejszą lub większą ilością białka w moczu i wałeczkami; ilość zaś moczu może być przytem normalną, obrzęki mogą nie istnieć. Jeżeli choroba zaostrzy się i nerki zanieczyszczą, zjawia się oligurja, obrzęki itd. Objawy te mogą przy pewnych pomyślnych okolicznościach zniknąć i polepszenie się ustalić; taka zmiana objawów trwa dopóty, póki choroba nie zakończy się śmiercią lub, co bywa rzadziéj, wyzdrowieniem. Takie znaczne wahania, powtarzamy, nie są właściwe marskości nerek; w tym razie rozwój choroby jest więcéj równomiernym, chociaż może i zgubniejszym z powodu komplikacyj ze strony serca, łatwego powstawania uremii itd. Jeżeli więc znajomość zaburzeń żołądkowych jest potrzebną przy obu formach cierpienia nerek, to również jest ważnem dowiedzenie się, czy stan trawienia żołądkowego podlega podobnym wahaniom, jak przebieg kliniczny dużéj białéj nerki. Ta ostatnia okoliczność przedstawiała się dla mnie nawet ważniejszą niż pierwsza; zwracałem też głównie uwagę na trawienie żołądkowe w miąższowem zapaleniu nerek, tembardziéj, że materyjał kliniczny, którym mogłem rozporządzać, składał się głównie z téj formy chorobowéj.

Badanie trawienia żołądkowego w cierpieniach nerek przeprowadziłem w 25 przypadkach. W téj liczbie było kilka przypadków ostrego zapalenia i marskości nerek. Materyjał mój przedstawiał się bardzo różnorodnie co do natężenia i trwania choroby. Wybierałem do spostrzegania tylko czyste formy zapalenia nerek, by uniknąć, o ile to było możebnem, wpływów potocznych na trawienie i przez to na prawdziwość otrzymywanych rezultatów. W wywodach chorego nie istniały więc nigdy przedtem cierpienia żołądkowe; nieobecnemi były równie zaburzenia sercowe, płucne, lub gorączka. Unikałem także przypadków ze znaczną puchliną brzucha, która mogła mechanicznie wpływać na żołądek. Większość chorych była w wieku 25—40 lat, i tylko kilku było starszych nad 50 lat. Przypadki moje głównie należały do wczesnych okresów choroby, tak że oliguryja i obrzęki zjawiły się ledwie na 1—2—3 tygodnie przed wstąpieniem chorego do kliniki. Obserwowałem chorych dopóty, póki obrzęki i białko w moczu nie znikło, lub też obrzęki znikały, a białko wydzielało się daléj, jako dowód dalszego istnienia cierpienia. Podczas wszystkich tych okresów badałem trawienie żołądkowe aż do opuszczenia kliniki przez pacyjentów. Kilka razy udało mi się badać przewlekłe przypadki, gdzie oliguryja i obrzęki nie istniały już od pewnego czasu; dwóch chorych wróciło do kliniki powtórnie.

Unikałem wpływów pobocznych i z innych stron. Leczenie chorych obserwowanych ograniczało się do używania octanu potasu, jeżeli za pomocą tego tylko środka udawało się usunąć objawy chorobowe: w innych przypadkach, wprawdzie rzadziéj, trzeba było używać koffeiny, soli czyszczących itd. Ale jeżeli z powodu cięższego przebiegu choroby lub zjawienia się mocznicy trzeba było stosować zabiegi więcéj energiczne, badanie trawienia żołądkowego było przerywane na czas krótki. Rano zaś, gdy wykonywano badanie, chorzy nie przyjmowali żadnych lekarstw. U wielu chorych badałem żołądek zaraz po przybyciu ich do kliniki, gdy jeszcze nie podlegali oni żadnemu leczeniu. Z drugiéj strony wszelkie lekarstwa odstawiano, jak tylko zjawiło się obfite wydzielanie moczu i chorzy przy takich warunkach byli badani w przeciągu 1—2 tygodni. Dyjeta w większości przypadków była mleczna, niekiedy chory odrazu dostawał mięsa.

Badanie trawienia wykonywałem przy różnego rodzaju posilnych śniadaniach po uprzedniem przemyciu żołądka letnią wodą (na czczo). Najczęściéj stosowałem próbną porcyję Ewalda, 250 ctm. herbaty i 50—60 grm. bułki (po godzinie); daléj używałem pokarmu Klemperera, w mniejszéj nieco ilości, mianowicie 250 ctm. mleka i 60—70 grm. bułki, przy czem zawartość była wydobywaną po 1 g. 20 m. — 1 g. 30 m. Badałem także przy zwykłem śniadaniu chorych, 250 ctm. mleka, 500 ctm. kleiku i 60 grm. bułki, wydobywanie po 1 g. 45 m. — 2 g. Nareszcie w kilku przypadkach stosowałem próbę białkową (Gluziński — Ja-

[1]) Cyt. według. Charcota *Leçons sur les maladies du foie, des reins et des voies biliaires.* — [2]) Eichtorf. Lehrbuch *der speciell. Pathologie, T. II.* — [3]) *Lehrbuch der speciell. Diagnostik,* 1889. — [4]) Gluziński (Wolfram). *Deutsches Archiv f. Klin. Medizin.* 1886. — [5]) *Adler u. Stern. Berl. klin. Wochens.,* 1889. — [6]) Chełmiński. *Revue de medecine,* 1889. — [7]) Klemperer. *Berl. klin. Wochens.,* 1889. — [8]) Rosenstein, tamże, 1890.

worski). W jednym i tym samym przypadku stosowałem zwykle jeden z tych próbnych śniadań, aby warunki badania były stale jednakowe i przez to wolno było porównywać otrzymane rezultaty. Przy badaniu przesączu zwracałem główną uwagę na kwas solny, jako na miernik sprawności wydzielniczéj żołądka; kwas solny określany był jakościowo odczynnikiem Günzburga i ilościowo metodą Sjöquista; koniec reakcyi przy tem oznaczany był za pomocą rozczynu azotonu srebra. Daléj poszukiwałem peptonów za pomocą sodu gryzącego i siarkanu miedzi, — wyłączając naturalnie przytem syntoninę, propepton itd. Do odkrycia i określenia zawartości kwasu mlecznego posługiwałem się odczynnikiem Uffelmanna. Oznaczałem ogólną kwasotę przesączu za pomocą $^1/_{10}$ normalnego ługu sodowego i badałem siłę trawienną przesączu z dodaniem lub bez kwasu solnego. Obserwowałem przy tem ostrożności zalecane przy poszukiwaniu pepsyny przez Jaworskiego. Nareszcie szukałem starannie labfermentu, — w kilku przypadkach także labzymogenu metodą Klemperera i Boasa.

By skontrolować otrzymywane rezultaty, szczególnie tyczące się kwasu solnego, zbadałem u kilku zdrowych osobników zawartość żołądka, wydobytą po używanych przez nas próbnych śniadaniach w tym samym czasie, jak to się robiło u chorych. Okazało się, że:

W godzinę po śniadaniu Ewalda: kwasu solnego według metody Sjöquista 0,1017%, ogólna kwasota 46, ferment sernikowy i pepsyna są obecne.

Przy zwykłem śniadaniu (500 ctm.³ kleiku, 250 ctm. mleka i 60 grm. bułki) w 1 godz. 40 m.: kwasu solnego 0,0565%, og. kwasota 40, ferm. sernik., i pepsyna obecne.

Przy 250 ctm. mleka (w tój ilości nieco herbaty), 50 grm. bułki w 1 g. 10 min.: kwasu solnego 0,0452%, og. kwas. 45, pepsyna i ferment sernikowy obecne.

Badanie trawienia żołądkowego u cierpiących na zapalenie nerek, wykonane według przedstawionego zarysu, wykazało fakt ogólny, właściwy wszystkim okresom choroby zjawiający się przy używaniu wszelkiego rodzaju próbnych porcyj, odkrywany w przypadkach różnego natężenia i trwania. A mianowicie *sprawność wydzielnicza żołądka przy zapaleniu nerek jest osłabioną*, co się wyraża różnemi zaburzeniami trawienia żołądkowego. Zresztą osłabienie to nie zawsze jast jednakowem i wahania pod tym względem są bardzo obszerne: od nieznacznego odstąpienia od normy sprawa dochodzi do znikania części składowych soku żołądkowego. *Tak ilość kwasu solnego w przesączu jest zmniejszoną, znaczniéj lub słabiéj, niekiedy brak go zupełny*[1]). Częstokroć zawartość HCl po śniadaniu Ewalda nie przenosi 0,02%—0,104%. Stosownie do tego ogólna kwasota przesączu żołądkowego jest nie wysoką i wynosi najczęściéj 20—25 ($^1/_{10}$ norm. ługu), zresztą zauważę, że niekiedy kwasota jest normalną lub nawet wyższą od normy 40—50—56 mimo małą zawartość kwasu solnego. Peptonizacyja ma zawsze miejsce, lecz, sądząc z reakcyi biuretowéj, w różnym stopniu. Jednocześnie z osłabieniem wydzielania HCl, istnieje także osłabienie siły fermentów żołądkowych. Sztuczne trawienie krążka białka w przesączu żołądkowym z dodaniem kw. solnego, w przypadkach gdzie go brak lub mało, wykazuje nieraz zupełny brak pepsyny. I w ogóle, nawet przy mało zmienionéj zawartości kwasu solnego, sztuczne trawienie jest niedostatecznem i krążek białka nie znika zupełnie w przeciągu 24 godzin. Jeżeli on nawet i przetrawia się, to bardzo rzadko płyn bywa przy tem tak klarowny, jak to obserwujemy u zdrowych ludzi: przeciwnie znajdują się męty w przesączu. Ferment sernikowy nieobecnym jest przy braku kwasu solnego, jak to zwykle bywa. W kilku przypadkach, gdzie szukałem labzymogenu, nie mogłem go także wykryć. Nareszcie zauważę, że zawartości kwasu mlecznego w przesączu żołądkowym nie można nazwać zwiększoną; przeciwnie na wysokości trawienia odczynnik Uffelmanna wykazuje w ogóle brak lub niewielkie ilości kwasu mlecznego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) W doniesieniu tymczasowem (Przegląd Lekarski, 1890, Nr. 14), opierając się na zbadaniu 6 przypadków, powiadomiłem, że „ilość kwasu solnego jest zawsze znacznie zmniejszoną, a najczęściéj brak jego zupełny“. Badanie większéj ilości chorych przekonała, że w zapaleniu nerek mogą istnieć pod tym względem i nieznaczne różnice od normy.

II. Z zakresu chirurgii nerek.

Podał
Prof. Dr. A. Obaliński

I. O pęknięciu nerki jako wskazaniu do wyjęcia téjże.

Dopiero od czasu jak nieśmiertelnéj sławy chirurg hejdelberski Simon dzięki swéj odwadze i rozwadze wyjął poraz pierwszy i to z dobrym skutkiem nerkę z ciała ludzkiego, zaczęła się rozwijać chirurgija tego organu, do czego w znacznéj części przyczynił się w ostatnich czasach rozwój anti- i aseptyki.

W ciągu dwóch dziesiątków lat odtąd upłynionych moglibyśmy naliczyć kilkaset ogłoszonych przypadków nefrektomii, która z tego powodu uważaną bywa obecnie za typową operacyję, a główne wskazania, dla których ją wykonywamy, znane są następujące: przetoki moczowodowe, nowotwory nerek, kamienie nerkowe, wodonercze, roponercze, gruźlica nerek, a w końcu i urazy nerek.

Z tych ostatnich głównie odznaczają się tutaj urazy otwarte, t. z. połączone z raną zewnętrzną, a to dlatego raz, że rozpoznanie w nich jest daleko łatwiejszem, a powtóre, że wojny dostarczają nam dosyć obfitego materyjału i w tym względzie. Natomiast należą podskórne obrażenia nerek do wielkich rzadkości, jak o tem świadczy dotychczasowa literatura lekarska, jak zresztą poucza doświadczenie własne każdego z chirurgów. I tak n. p. na przeszło 20.000 chorych chirurgicznych przezemnie postrzeganych w szpitalu św. Łazarza wydarzył się zaledwie jeden przypadek, w którym można było przypuszczać podskórne obrażenie nerki i to jeszcze nie bardzo pewny, jak wszystkie, w których nie było naocznego stwierdzenia stanu rzeczy, czy to przy operacyi czy też przy nekroskopii.

To też rozporządzając obecnie przypadkiem, w którym o zranieniu nerki naocznie mogłem się przekonać, pospieszam z ogłoszeniem tegoż, a to już z powodu, że przy tak szczupłéj dotychczasowéj literaturze téj kwestyi dotyczącéj każdy, choćby najmniejszy, przyczynek jest nader pożądanym a wreszcie i dlatego, że niniejszy przypadek odznacza się niezwykłym przebiegiem i zawiera niezwykłą ilość ważnych szczegółów, które według mego przekonania, potrafią zmie-

nić niektóre dotąd panujące przekonania, osobliwie co do zabiegów leczniczych.

Dnia 25 września b. r. zawezwany zostałem do koszar barakowych 1 pułku c. i k. ułanów, znajdujących się o pięć kilometrów od Krakowa we wsi Kobierzynie do obłożnie chorego porucznika hr. A. R. Od dotychczasowych ordynaryjuszów jego, lekarza pułkowego Dra Singera i lekarza porucznika Dra Wernera dowiedziałem się, że pacyjent doznał podczas dojeżdżania remonty w ujeżdżalni w dniu 21 września b. r. przypadku, przyczem wraz z koniem przewrócił się, uderzając prawym bokiem o baryjerę.

Badanie podówczas dokonane wykazało mierny obrzęk w okolicy lędźwiowej prawéj przy ucisku bolesny, zewnętrznie ani tam ani w okolicy sąsiedniéj żadnych sińców lub t. p. znaków, w głębi w podżebrzu prawem opór znaczniejszy przy dotykaniu, tamże stłumienie łączące się ze stłumieniem wątroby, która zdawała się nieco wypartą ku górze. Mocz był przez pierwsze dwa dni krwawym, trzeciego dnia czystym, czwartego znów nieco krwawym, a w dniu mojego badania czystym. Temperatura ciała nie podniesiona, tętno dobre między 80—100 na minutę; osłabienie mierne Wobec tego stanu oświadczyłem się za stłuczeniem nerki prawéj *(contusio renis)* połączonem z mierną wybroczyną w sąsiednią tkankę łączną podotrzewnową, pozostałem przy dotychczasowéj terapii, t. j. absolutny spokój, miejscowo zimne okłady, wewnętrznie chłodzące napoje, dyjeta ścisła, i wyraziłem dobrą nadzieję co do dalszego przebiegu, zastrzegając się tylko co do możności powstania ropnia w miejscu stłuczonem. Ile mi z opowiadania wiadomo, miał się pacyjent przez następne trzy dni wcale dobrze, czwartego to jest względnie dziewiątego dnia po uderzeniu zauważono powiększanie się obrzęku i większą tegoż bolesność. W dwa dni późniéj byłem poraz wtóry zawezwanym do pacyjenta i podówczas znalazłem stan znacznie zmieniony, a przedewszystkiem w podżebrzu prawem guz wielkości głowy dziecka ograniczony, z głębi wychodzący, do linii pępkowéj sięgający, przy lekkiem obmacywaniu mało, przy silniejszem nieco bolesny, gładki, nieco chełboczący, a na samym szczycie przy ucisku jakby powierzchowne ze słyszalnym szmerem połączone przesuwanie się powietrza wykazujący. Mocz był zupełnie jasny i czysty w mniéj lub więcéj dostatecznéj ilości. Ciepłota prawidłowa.

Na téj podstawie oświadczyłem tym razem stanowczo, że w niniejszym przypadku mamy do czynienia z ciężkiem obrażeniem saméj nerki, że guz powiększający się uważam za gromadzącą się krew, która początkowo dostawała się do pęcherza moczowego, a prawdopodobnie skutkiem zatkania się moczowodu skrzepem obecnie gromadzi się do około pękniętéj nerki; że więc stan chorego uważam za bardzo poważny, jakkolwiek na razie jeszcze nie groźny, a w końcu, że uważam za stósowne przeniesienie chorego do jakiego zakładu leczniczego, gdzieby poddanym był ściśléj obserwacyi, gdyż wobec teraźniejszego stanu rzeczy może się nawet okazać potrzeba operacyi, a mianowicie nefro- lub nefrektomii.

Projekt mój został przyjętym przez pp. lekarzy ordynujących, rodzinę pacyjenta i niego samego, przyczem tenże oświadczył, że pragnie być umieszczonym na moim oddziale w szpitalu św. Łazarza; zanim zaś projekt ten zamieniono w czyn, upłynęło dni dwa, z których skorzystałem celem poinformowania się w dotychczasowéj literaturze podskórnych obrażeń nerki, co tembardziéj było wskazanem wobec faktu, że nietylko ja, lecz wielu ze współczesnych i doświadczonych chirurgów nie mogliby się oprzeć na własnem doświadczeniu.

Materyjału dostarczyły mi trzy piękne rozprawy, a mianowicie Maasa: *Untersuchungen über subcutane Quetschungen und Zerreissungen der Nieren*, umieszczona w *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, T. X., z. 1 i 2, daléj Edlera: *Die traumatischen Verletzungen der parenchymatösen Unterleibsorgane*, w *Archiv f. klin. Chirurgie*, T. XXXIV., pag. 173 i nast. a wreszcie Reczeya: *Ueber subcutane Nierenläsionen* (*W. Klinik*, 1888, November-heft). Ograniczyłem się do nich raz z powodu braku czasu, powtóre zaś i przeważnie dlatego, że w nich znalazłem treściwy pogląd na obecny stan téj kwestyi aż po koniec 1888 roku, zestawienie wszystkich dotychczas znanych w literaturze przypadków, a wreszcie własne na zwierzętach w tym celu przedsiębrane doświadczenia.

Z literatury téj wyniosłem pokrótce następujące wiadomości:

1) Że rzeczywiście podskórne obrażenia nerek należą do przypadków nader rzadkich, skoro trzéj wymienieni powyżéj autorowie do roku 1888 nie mogli pomimo skrzętnych poszukiwań odnaleść ich więcéj notowanych w literaturze nad 120.

2) Że obrażenia te należą do bardzo ciężkich wobec tego, że na tych 120 zmarło 67, czyli 55·9%. Jeżeli wyrzucimy ztąd te przypadki, w których obok obrażenia nerki lub nerek były jeszcze inne ciężkie obrażenia organów wewnętrznych, a które również przyczynić się mogły do zejścia śmiertelnego, to pozostanie nam zawsze jeszcze 35% śmiertelności jako dobitny wykładnik ciężkości tych obrażeń.

3) Że niebezpieczeństwo w tych razach głównie zagraża z powodu krwotoku i to albo podotrzewnowego albo nawet śródotrzewnowego, jeżeli ta ostatnia doznała również uszkodzenia. Przypadki takie kończyły się zazwyczaj śmiertelnie w kilkudziesięciu, kilkunastu, a nawet w kilku godzinach. Do tych piorunująco, że się tak wyrażę, przebiegających przypadków należą tutaj i te, w których obrażoną została jedyna istniejąca nerka lub też obydwie na raz.

4) Że dalsze niebezpieczeństwo polegało na następstwach ropienia saméj nerki i jéj najbliższéj okolicy, przyczem nieraz przyszło do rozległych zatok, sięgających aż do sąsiednich jam jak: brzusznéj, opłucny i t. p.

5) Że ciężkie przypadki, jeżeli nie skończyły się w krótkim przeciągu czasu śmiertelnie, odznaczały się przeważnie powstaniem obrzęku w okolicy podżebrowéj, powoli się powiększającego, rozlanego lub ściśle ograniczonego, a najczęściéj z rozkładającéj się krwi i moczu złożonego. Przytem przychodzi najczęściéj do podniesienia się temperatury ciała.

6) Że właściwie nie wiemy, jakiego rodzaju i jak rozległemi były stłuczenia i obrażenia nerki tam, gdzie przyszło do dobrowolnego wyleczenia, że jednak wszystkie przypadki cięższe wykazały pęknięcie nerki przeważnie poprzeczne, rzadziéj podłużne i to albo całkowite ze znacznem rozstąpieniem się obu połówek, albo tylko częściowe, daléj przerwanie wnęki lub tylko samego moczowodu, a w końcu zupełne zmiażdżenie nerki tak, że z niéj pozostaje tylko miazga *(detritus)*.

7) Że rozpoznanie podskórnego obrażenia nerki oprzeć możemy na następujących punktach:

a) poprzedzający charakterystyczny uraz (uderzenie się w bok przy spadnięciu z wysokości i to najczęściéj o wystający jakiś twardy przedmiot; uderzenie tamże z wielką siłą, przejechanie przez brzuch i t. p.);

b) wstrząs (*shock*) i wymioty zaraz po urazie;

c) gwałtowny ból w okolicy nerki;

d) moczenie krwawe mniejsze lub znaczniejsze ciągle lub z przerwami;

e) obrzęk w okolicy nerki;

f) czasem zatrzymanie moczu skutkiem nagromadzenia się skrzepów krwi w pęcherzu lub bezmocz (*anuria*), jeżeli tenże już wyżéj n. p. w moczowodach lub miedniczkach dozna przeszkody w odpływaniu, a bardzo często skąpy mocz (*oliguria*), jako działanie zwrotne na drugą nerkę.

8) Co do terapii znalazłem następujące wskazówki:

a) jeżeli przypady nie są groźne, a choćby nawet i bardzo ciężkie, należy zachowywać się wyczekująco, stosując zimne okłady na miejsce obrażone, dyjetę ścisłą, napoje chłodzące i zalecając przedewszystkiem spokój;

b) w razie przypadów piorunująco groźnych, a pochodzących prawie zawsze od krwotoku wewnętrznego i to tem groźniejszego, jeżeli tenże znajduje ujście do jamy otrzewnowej, należy bez namysłu przystąpić do nefro — a względnie i nefrektomii;

c) groźne te przypady mogą pojawić się i następowo wśród wyczekiwania, a natenczas należy wobec nich zachować się jak pod b);

d) jeżeli wśród terapii wyczekującéj pojawią się przypady świadczące o zropieniu guza okołonerkowego, wtenczas wskazaną jest nefro- lub nefrektomija wtórorzędna;

e) przed przystąpieniem do téj ostatniéj operacyi trzeba nabrać przekonania, że druga nerka istnieje i dobrze funkcyjonuje;

f) do roku 1888 zanotowano w literaturze lekarskiéj dopiero trzy przypadki nefrektomii z poza-podskórnego obrażenia nerki (R a w d o n, A r x i B a r k e r), z których tylko ostatni zakończył się pomyślnie.

Studyjum to tembardziéj utwierdziło mnie w przekonaniu, że mam przed sobą ciężkie obrażenie nerki, że jednak wobec niego według dotychczasowych doświadczeń i pojęć należy się zachować wyczekująco, a dopiero na wypadek pojawienia się przypadów rozkładu nagromadzonych do około nerki cieczy i wynikłéj ztąd gorączki przystąpić do jednéj z powyżéj wymienionych doszczętnych operacyj. Wobec jednakże ciężkości przypadku i wielkiéj odpowiedzialności pragnąłem podzielić się mojemi zapatrywaniami z którym z doświadczonych kolegów i to chorobami wewnętrznemi się zajmujących, a w tym celu uprosiłem zgodnie z życzeniem chorego i jego rodziny kolegę profesora P a r e ń s k i e g o.

Narada wspólna odbyła się na dniu 19 października b. r., dokąd pacyjenta przetransportowano dzień przedtem bardzo wygodnie i bezpiecznie za pomocą wozu będącego własnością Towarzystwa czerwonego krzyża, przyczem kol. P a r e ń s k i w zupełności zgodził się tak na rozpoznanie, jako też i na proponowane przezemnie postępowanie.

Przy téj sposobności dokonane dokładne badanie wykazało stan następujący:

Mężczyzna młody bo w 33 roku życia, wzrostu więcéj niż średniego, dobrze zbudowany i odżywiony okazuje w podżebrzu prawem guz wielkości blisko głowy dorosłego człowieka, wychodzący z głębi brzucha, a więc od kręgów a sięgający na dół aż w pobliżu kolca biodrowego przedn. górn. ku wewnątrz poza linię białą. Z wątrobą nie połączony, albowiem tu się porusza przy oddechaniu, lecz ją wypiera do góry tak, że jéj brzeg górny dochodzi aż do dolnego brzegu piątego żebra. Guz ten jest gładki, chełboczący, przy lekkim ucisku nie bardzo bolesny, na szczycie podczas ugniatania jakby glugstanie od przelewającego się płynu wykazujący. Od czasu do czasu pojawiają się w nim dobrowolnie bóle. Stan bezgorączkowy, tętno dobre 80 na minutę, anemii niema. W płucach stosunki prawidłowe; o narządzie trawienia zanotować trzeba skłonność do obstypacyi, która w obecnéj chorobie jeszcze się powiększyła. Objętość brzucha mierzona przez szczyt guza wynosi 82 ctm. Mocz oddaje pacyjent łatwo i bez krwi co do ilości między 950 a 1450 k. cm. na dobę, a co do jakości mało odchodzący od normy, gdyż rozbiór wykazał zaledwie ślad białka.

Dalsza obserwacyja kilkodniowa wykazała, że guz się powiększa (obwód brzucha z 82 cm. na 83 cm.), że bóle występują coraz częściéj i silniéj i że pacyjent słabnie jużto z powodu leżenia, jużto z bezsenności i braku łaknienia; to też pomimo, że nisko utrzymująca się temperatura i brak dreszczów nie przemawiały za rozpoczęciem się ropienia, postanowiłem przystąpić do radykalnéj operacyi.

Na tę zmianę postanowienia dawniejszego wpłynęły nadto jeszcze następujące okoliczności. Przedewszystkiem rozpatrzyłem się w literaturze lekarskiéj najnowszéj, gdyż powyższe zbiorowe prace wyczerpywały rzecz tylko po rok 1888. Otóż w *Centralblt. f. Chirurgie* za rok 1889 znalazłem obszerny referat z pracy Ch. F e n g e r a pod tytułem: *Rupture of the kidney*, umieszczonéj w *Journ. of the Amer. med. assoc.* 1889, która zupełnie odmienne wrażenie na mnie zrobiła, niż wywody teoretyczno-statystyczne poprzednich autorów, a którą tutaj przeto dosłownie według owego referatu przytaczam: „20-letni pacyjent zachorował wśród gwałtownych bólów w okolicy lędźwiowéj prawéj po spadnięciu. Mocz był krwawym blisko przez jeden tydzień, później prawidłowym. Pacyjent chudł i doznawał ciągle bólów w prawéj okolicy lędźwiowéj, gdzie się zwolna tworzył obrzęk. Badanie po roku przedsięwzięte wykazało obrzęk chełboczący i prawie całą prawą połowę brzucha zajmujący. Punkcyją próbną wypuszczono trochę mętnego z ropą pomięszanego moczu. Cięcie lędźwiowe i założenie sączka; mimo tego wychudnienie i gorączka nie ustępują. 12 kwietnia 1888 n e f r e k t o m i j a. W kilka tygodni później śmierć z wycieńczenia i wśród ciężkich przypadów płucnych. Badanie wydobytéj nerki wykazało pęknięcie téjże dzielące ją na większą górną i mniejszą dolną partyję. Ta ostatnia odgraniczyła się była od miedniczki za pomocą tkanki bliznowatéj. Przy sekcyi znaleziono wielką jamę ropną aż po wątrobę sięgającą, ropnie w wątrobie i płucach, otok ropny jamy opłucnowéj prawéj, zkąd przebicie do jednego z grubszych oskrzeli“. Wszakże ten przypadek wydał mi się w pierwszych początkach swego przebiegu zupełnie identycznym z moim, z czego wnosiłem, że i w dalszym przebiegu mogłyby podobne jak w powyższym zajść okoliczności, któreby zdrowie a nawet życie pacyjenta mogły narazić na szwank. Gdy nadto o dzień późniéj wyczytałem w tygodnikach lekarskich wiedeńskich kilka wiadomości, że H o c h e n e g g wykonał z dobrym skutkiem nefrektomiję z powodu podskórnego pęknięcia nerki, zdecydowałem się stanowczo w niniejszym moim przypadku nie wyczekiwać, tylko odrazu do radykalnéj przystąpić ope

racyi, a gdy na myśl moją w zupełności zgodził się pacyjent, wykonałem ją w dniu 23 października b. r.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Błękit metylenowy jako środek uśmierzający ból.

Napisał
Doc. Dr. Gustaw Piotrowski we Lwowie.

Musimy przyznać, że leczenie środkami wewnętrznemi spoczywa jeszcze na bardzo kruchych podstawach teoretycznych. Używa się wielu przetworów ze skutkiem nieraz pomyślnym nawet, nie umiejąc wytłomaczyć dlaczego one w ten a nie inny sposób działają; doświadczenie stwierdza często ich dodatnie działanie, zanim teoryja zdoła je objaśnić. Stąd to pochodzi, że w terapii idzie się często po omacku, że czasopisma lekarskie podają coraz to nowe środki, mające wywierać to lub owo działanie, środki, które w większej części po efemerycznem istnieniu idą w zapomnienie. Z drugiéj znów strony chwytając się nieraz błahych teoretycznych wywodów, usiłuje się poprzeć je doświadczalnie i narzucić niejako pewnym istotom chemicznym odnośny wpływ na ustrój. Do rzędu takich istot należą między innemi histologiczne odczynniki. Ponieważ kwas nadosmowy, chlorek złota, azotan srebrowy itd. mają powinowactwo do pewnych składników tkaninowych, ponieważ się w nich osadzają, muszą przeto na nie działać i to, jak się przypuszcza z góry, dodatnio. Stąd stosowanie ich w pewnych chorobach, jak np. azotanu srebrowego we wiądzie rdzenia pacierzowego; z jakim skutkiem, to każdy z praktyki wie najlepiéj. Z tych samych przyczyn błąkała się po terapii czas nawet dość długi fuchsyna, — to samo wreszcie rozumowanie wprowadziło niefortunnie barwiki anilinowe, ochrzcone mianem *pyoktaminy*, w końcu zaś, usiłuje powiększyć arsenał leczniczy błękitem metylenowym.

Barwik ten posiada, jak to wykazał Ehrlich, wielkie powinowactwo do pewnych składników nerwów, a mianowicie, do włókien osiowych nerwów czuciowych. Otóż Ehrlich wychodząc z założenia, o jakiem poprzednio wspomniałem, a mianowicie, że skoro błękit metylenowy barwi składniki żywych nerwów czuciowych, przeto musi być środkiem działającym na nie leczniczo, przypuszczał apriorystycznie, że będzie on uśmierzał bóle. Próbował go więc wraz z doktorem Leppmannem, a wynik ogłosili w artykule p. t. „*Ueber schmerzstillende Wirkung des Methylenblau*“. *Deutsch. Med. Wochschrft.* 1890, Nr. 23. Używali oni barwiku chemicznie czystego, wolnego od chlorku cynku, z fabryki Lucius et Brünning vormals Meister in Höchst. a. M. Stosowali go jużto podskórnie, zaczynając od 0,01 stopniując do 0,08 *pro dosi*, lub też wewnętrznie do 1 gr. dziennie w kapsułkach żelatynowych. Żadnych ujemnych skutków nie widzieli. Przy wstrzykiwaniach występował czasem obrzęk ciastowaty, jednak nie bolesny i bez żadnego odczynu. Przy podawaniu wewnętrznem na 40 przypadków tylko 2 razy wystąpiły wymioty, usprawiedliwione jednak istniejącym już nieżytem żołądka w jednym i wadą serca wraz z silną niedokrewnością w drugim przypadku. Środek ten przechodził nader szybko w krążenie, po kwadransie już można było wykazać obecność jego w moczu, który przy małych dawkach bywał zielonkowaty, przy większych błękitny. Podobnie barwiła się ślina i kał.

Pod względem leczniczym skutek był jak najlepszy, potwierdzający w zupełności przypuszczenie. Przy wszystkich sprawach neurytycznych, w reumatyźmie mięśni i stawów bóle znikały pod wpływem tego środka zazwyczaj mniéj lub więcéj w 2 godz. po zadaniu. Doświadczenie pouczyło, że środek ten nie traci z czasem swego działania, można go długo z dobrym bardzo skutkiem używać. W innych chorobach nie działał błękit metylenowy, oprócz w 2 przypadkach hemikranii. Gorączki nie obniżał wcale. Do artykułu załączona jest bardzo krótka historyja choroby, mianowicie nerwicy kulszowéj (*ischias*), w któréj bóle gwałtowne ustępowały cudownie prawie po zadawaniu 0.1—0,2 błękitu metylenowego wewnętrznie.

Sprawa ta napotyka już w samem założeniu na pewne zarzuty. Pomijam już histologiczne działanie, co do którego istnieją sprzeczne zdania różnych autorów, nie będę się zapuszczał w ocenę tegoż, kto chce znajdzie odnośną literaturę zebraną w *Zeitschrift für wissensch. Mikroskopie*. Bd. VI., H. 4, p. 437. Co się zaś tyczy uzasadnienia działania leczniczego, to z jednéj strony podnieść trzeba okoliczność, że do zabarwienia nerwów należałoby użyć znacznie większych ilości, aniżeli to robili wymienieni autorowie, z drugiéj zaś strony, że takie samo prawo ma się do przypuszczenia, że błękit metylenowy, osadzając się w nerwach czuciowych, wywoła ból, jak że go uśmierzy. Z góry jednak na tych podstawach potępiać ten środek byłoby takim samym błędem, jak przypisywanie mu z góry działania leczniczego. Ponieważ zaś działanie jego, według podania autorów, jest tak świetne, bez złych następstw, bez groźby nałogowego przyzwyczajenia, do którego prowadzi morfina, bez wielkich bólów miejscowych, jakie sprowadza zastrzykiwanie antipyryny, nie dziw przeto że musiała ta rzecz kusić do stwierdzenia. Postanowiłem przeto wypróbować ten środek, korzystając z uprzejmości Wgo p. prymaryjusza Dra Widmanna, który mi oddał swój oddział do tego celu, za co mu składam niniejszem gorące podziękowanie, następnie zaś z materyjału w Lecznicy powszechnéj i praktyki prywatnéj. Przetwór sprowadziłem z tejże saméj fabryki, z wyraźnem żądaniem, aby przysłano tenże sam, którego używali Ehrlich i Leppmann. Wstrzykiwałem roztwór 2% i 4% w wodzie destylowanéj. Wewnętrznie podawałem w formie proszku w kapsułkach żelatynowych. Wyniki moich doświadczeń załączam poniżéj.

Nr. 1. Antoni Cz, lat 35, kowal. Przyjęty do szpitala d. 28 sierpnia 1890. Bóle w stawach, prawy staw nadgarstkowy, oba skokowe, oba kolanowe, szczególnie zaś lewy, silnie obrzękłe, przy dotyku i ruchach biernych bolesne. Oprócz tego rozległa łuszczyca (*Psoriasis*). *D. Poliarthritis rheum.*

D. 22/IX. Zastrzyknięto podskórnie w oba kolana 0·01 Mb. Bóle trwają z jednakiem nasileniem, miejsce wstrzyknięcia bardzo bolesne.

D. 23/IX. Zastrzyknięto w oba kolana po 0·02 Mb. W nocy bóle nader gwałtowne, jakich dotychczas nie miał cierpieć. Obrzęk na obu kolanach wzmógł się.

D. 24/IX. Dano wewnętrznie 0·20 Mb. Noc była nieco lepsza.

D. 25/IX. Rano i wieczór wewnętrznie po 0·20 Mb. Bóle się wzmogły, przytem wystąpiły nudności, odbijanie, oraz gniecenie w żołądku.

D. 27/IX. Dano wewnętrznie rano, w południe i wieczór po 0·3 Mb. Bóle jednakie; wystąpiły gwałtowne wymioty.

Nr. 2. Jan K., lat 18, subjekt handlowy. Zgłosił się do mnie d. 6/X 1890. Od pięciu dni cierpi na bóle w stawie nadgarstkowym, łokciowym oraz barkowym lewym, tu-

dzież prawym kolanowym. Stawy te obrzękłe, wykazać w nich można chrzęszczenie. *D. Poliarthritis rheum.*

D. 7/X. Podano rano i wieczór po 0·20 Mb. Bóle jednakie.

D. 8/X. Rano, w południe i wieczór po 0·20 Mb. Stan jednaki.

D. 9/X. Rano, w południe i wieczór 0·2 Mb. Stan jednaki, gniecenie w żołądku i nudności.

D. 10/X. Rano, w południe i wieczór po 0·3 Mb. Stan jednaki, tylko nudności i ucisk w żołądku powiększyły się.

Zaniechano podawać błękit metylenowy, w jego miejsce zalecono salicylan sodowy z pomyślnym skutkiem.

Nr. 3. Michał D., lat 20, służący. Od pięciu tygodni bóle w lewym stawie biodrowym. Ruchy czynne niemożliwe, bierne nader bolesne, występuje przy nich wybitne chrzęszczenie. W obu płucach rozległe zmiany gruźlicze. *D. Coxitis sin. tuberc.*

D. 25/IX przeniesiony został na oddział wewnętrzny szpitala powszechnego, gdzie zastrzyknięto 0·03 Mb. Bóle w kilka godzin potem miały się nieco zmniejszyć.

D. 26/IX zastrzyknięto 0·05 Mb., poczem wystąpiły gwałtowne bóle tak w stawie chorym, jak i w miejscu zastrzyknięcia.

D. 27/IX podano rano, w południe i wieczór po 0·30 Mb. Bóle trwały tak w ten jak i w następny dzień z jednakiem nasileniem, wystąpiło przytem gniecenie w żołądku i nudności.

Nr. 4. Adam C., lat 28, kelner. D· 10/X znajdował się na korytarzu wśród przeciągu, nagle poczuł gwałtowny ból w krzyżach i nie mógł się schylać. Przybył do mnie d. 12/X. Schylanie prawie niemożliwe dla bólów okolicy lędźwiowéj, która też przy dotyku nader bolesna. *D. Lumbago.*

D. 12/X. Zastrzyknięto 0·04 Mb. Bóle trwały przez cały dzień jednakowo.

D. 13/X wstrzyknięto 0·06 Mb. Bole znacznie silniejsze naokoło miejsca zastrzyknięcia, obrzęk czerwony, bolesny.

D. 14/X zastrzyknięto 0·08 Mb. Bóle spotęgowały się jeszcze, przyczem zaniechano dalszych wstrzykiwań. Przy elektryzowaniu i parowéj łaźni bóle ustąpiły w przeciągu kilku dni, pozostał tylko obrzęk bolesny.

Nr. 5. Salomon J., lat 42, furman. Od pięciu tygodni cierpi na bóle rwiące, rozchodzące się od pośladka wzdłuż lewéj nogi. Chód nadzwyczaj utrudniony. Wzdłuż nerwu kulszowego punkty bolesne. Dyjagnoza: *Ischias sin.* Po przyjęciu do szpitala powszechnego, d. 11 września 1890, wstrzykiwano kwas karbolowy, podawano antifebrynę, salicylan sodowy i jodek potasu bez skutku. Jedynie mięsienie sprawiało ulgę, jednak krótko trwałą.

D. 22/IX zastrzyknięto w lewe udo 0·01 błękitu metylenowego. W nocy wystąpiły gwałtowne bóle, chory nie mógł oka zmrużyć.

D. 23/IX rano zastrzyknięto 0·02 Mb. Po południu bóle wzmogły się znacznie.

D. 24/IX rano zastrzyknięto 0·04 Mb. Po południu bóle były tak silne jak jeszcze nigdy dotychczas, przyczem w miejscu zastrzyknięcia wystąpił obrzęk ciastowaty, zaczerwieniony bardzo boleśnie. Wieczorem o godz. 6 téj dano wewnętrznie w kapsułce żelatynowéj 0·2 Mb.

D. 25/IX. Podano rano i wieczór po 0·2 Mb. Noc była była bardzo zła, chory skarżył się na nudności i gniecenie w żołądku.

D. 26/IX. Dano rano, w południe i wieczór po 0·2 Mb. Bóle jednakie, zupełny brak apetytu, odbijanie i ucisk w żołądku.

D. 27/IX. Dano rano, w południe i wieczór po 0·3 Mb. Bóle trwają daléj z jednakiem nasileniem. Wystąpiły gwałtowne wymioty. (Dok. nast.)

IV. Przypadek błonicy powikłanej różą

Podał

Dr. Pisarzewski w Tomaszowie.

W lutym b. r. w Nrze 7. Przeglądu Lekarskiego pomieściłem wzmiankę o spostrzeżeniach Dra Babczyńskiego nad pomyślnym wpływem róży w błonicy. Spostrzeżenia te pozostały odosobnionemi i tylko w Towarzystwie lekarskiem petersburskiem była wzmianka, że dowody pomyślnego wpływu róży na błonicę nie są przekonywające i że członkowie tegoż towarzystwa mieli możność obserwowania przypadków błonicy powikłanych różą a dodatniego wpływu téj ostatniéj stwierdzić nie mogli. W obec entuzyjastycznych pochwał Dra Babczyńskiego i zalecanego przez niego szczepienia róży w ciężkich formach błonicy, przestrzegają przed rękoczynem, motywując tem, że róża sama przez się jest cierpieniem ciężkiem i w obec braku doświadczeń trzeba zachować się wyczekująco.

Przypadek spostrzegany przezemnie, chociaż dotąd jedyny w mojéj praktyce, przedstawia wpływ róży na błonicę na tyle dodatni, że ośmielam się podać go do publicznéj wiadomości. Dwuletnia Rytka Tobiaszówna, dobrze odżywiona i dotąd zawsze zdrowa, zachorowała 22 września r. b. na błonicę gardziela i krtani. Leczenie wewnętrzne tymolem, terpentyną i inhalacyjami ze środków odrażających pozostało bez skutku i stan dzieciny wciąż się pogarszał. Wezwany 25 września w nocy znalazłem stan następujący: c. 39·1, puls 144 mały, szum zwężenia krtani słyszalny zdaleka, silne bardzo ściąganie dolnéj części klatki piersiowéj; obydwa migdałki i języczek obłożone biało-szaremi błonami. Dziecko niespokojne, głosu prawie nie słychać wcale. W płucach w prawym szczycie stępienie i świsty dźwięczne, mocz oddaje w nieznacznéj ilości, mocz zawiera białko. W obec tak fatalnego stanu choréj i objawów zajęcia płuc prawdopodobnie sprawą dławcową niżéj się opuszczającą, odmówiłem wykonania przecięcia tchawicy i zaleciłem daléj inhalacyje. Rano 26/IX wobec usilnéj prośby rodziców i nalegań dotąd leczącego dziecko Dra Rudolfa, wykonałem przy tegoż pomocy przecięcie tchawicy, przyczem dziecko odplunęło kawałek cylindryczny, cienki, rozgałęziony na końcu. Oddech dziecka pozostał jednak utrudnionym i dolne części klatki piersiowéj zapadały się przy oddechaniu. W obec podobnego stanu rzeczy prognoza zdawała się więcéj niż niedobrą. Wieczorem koło godziny 10-éj, a więc w 13 godzin po operacyi, znalazłem c. 41,4, wejrzenie dziecka jednak daleko lepsze i spokojniejsze. Rano 27, ku wielkiemu memu zdziwieniu pomimo 41,1 gorączki stan dziecka znacznie lepszy, oddech spokojny, błony na migdałkach i języczku przedstawiają się w postaci małych odosobnionych plamek szarawych. Przyczyny podniesienia się temperatury wobec polepszenia się stanu ogólnego nie umiałem sobie wytłómaczyć i dopiero zmieniając opatrunek pokrywający także klatkę piersiową, znalazłem silne różycowe zaczerwienienie skóry klatki piersiowéj dochodzące do łopatek, co wytłomaczyło mi nagłe podniesienie się temperatury. Pamiętając o spostrzeżeniach Dra Babczyńskiego, nie przedsięwziąłem żadnych środków dla usunięcia róży. Wieczorem tegoż dnia c. 40,4, róża zajęła i tylną część klatki piersiowéj, przechodząc na szyję i ramiona. Stan ogólny względnie dobry, dziecko pije z ochotą bulijon i mleko z koniakiem, na migdałku prawym i języczku dwie białawe plamki, lewy migdałek czysty.

Przeznaczyłem smarowanie granic róży na skórze ichtyolem z eterem siarczanym i wewnętrznie podałem kwas kamforowy z chininą. Następnego dnia rano c. 39,2, wieczorem 38,6, róża nie rozprzestrzenia się dalej, biaława plamka tylko na prawym migdałku: dziecko odpluwa znaczną ilość śluzoropnéj plwociny. Objawy stępienia prawego szczytu znikły, oddech swobodny. Stan dziecka wciąż się poprawiał, róża po 4 dniach ustąpiła zupełnie, ciepłota powróciła do normy i rurkę mogłem wyjąć 12. dnia po operacyi. Obecnie dziecko zdrowe.

Powikłanie róży nastąpiło prawdopodobnie przezemnie, ponieważ w tym czasie miałem chorego na różę pełzającą kończyn dolnych i tułowia. Spostrzeżenie to jedyne dotąd w mojéj praktyce nie może przechylić szansy na stronę róży; sądzę jednak, że wobec spostrzeżeń innych i wobec wybitnie dodatniego wpływu róży na przebieg cierpienia (zniknięcie błon błonicowych w przeciągu 2 dni) może ono stać się zachętą do przedsięwzięcia prób w tym kierunku, tembardziéj, że w ciężkich formach błonicy nie wiele mamy do stracenia.

Ciekawe zarazem zjawia się pytanie, o ile doświadczenie na żywym organizmie różni się od doświadczeń w epruwetkach. W *Annales de l'Institut* Pasteura, zeszycie lipcowym, pomieszczona była praca znanych badaczy Roux i Jersina *(Contribution à l'étude de la diphterie)* o mikrobach błonicy. Badacze ci doszli do przekonania, że mikroby, które utraciły swą jadowitość w osłabionych kulturach, nabierają jéj napowrót pod wpływem róży, t. j. przy wprowadzeniu jednocześnem i streptokoków róży. Ponieważ spostrzeżenia te wręcz się wykluczają, powinny być tem większą pobudką do dalszych badań w tym kierunku.

23 października 1890.

V. Oceny i sprawozdania.

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 51).

Badania dotychczasowe Kahlera utwierdziły autora w przekonaniu o wielkiej wartości rozpoznawczej środka Kocha. Wartości leczniczej nie można w tym krótkim czasie ocenić. Próby, wykonane na licznych osobach zdrowych lub dotkniętych jakiemś innem cierpieniem nie gruźliczem, okazały zawsze brak reakcyi nawet po wyższych dawkach. Prątki według K. zmieniają swą postać zgodnie z opisem Fraentzla. (*Wien. klin. Woch.* Nro 49).

Turban w San Remo zajmował się fizycznie wykazać się dającemi zmianami reakcyi w płucach. Zmiany te polegały na zwiększeniu się stłumienia już przedtem istniejącego, lub powstaniu nowego, które w każdym razie po ustąpieniu reakcyi znikało, wśród pojawienia się odgłosu bębenkowego. Mniej wybitne były zmiany w szmerach oddechowych, które częściej stawały się osłabione i nieoznaczone, rzadziej zaostrzone, czasem się nie zmieniały wcale. Rzężenia stawały się drobniejsze, w niektórych jamach ilość ich się zmniejszała, aby po upływie reakcyi powrócić, lub w innych przypadkach po pewnym czasie zniknąć. Wreszcie objawiała się reakcyja w zmniejszeniu się spirometrycznej pojemności płuc o 200—400 cm. sz. (*Berl. kl. Woch.* Nr. 51).

Maydl podaje następujące spostrzeżenia tyczące się rozpoznawczej wartości środka Kocha: asystent Maydla, silnej budowy i zdrowy mężczyzna, po dawce 0·002 dostał gorączki do 38·5°, połączonej z dreszczami, wymiotów i bólu głowy. Na miejscu injekcyi powstało zaczerwienienie i pęcherzyki. Podobnie oddziaływało kilku zdrowych ludzi, i dwóch dotkniętych rakiem. Z tego powodu nie przypisuje M. środkowi Kocha znaczenia pod względem rozpoznawczym. (*Internat. klin. Rundschau* Nr. 50).

Arning czynił doświadczenia z limfą Kocha na chorych z trądem (*lepra*) i z *lupus erythematodes*. Chorzy dotknięci trądem nie oddziaływali ani miejscowo ani ogólnie po dawce 0·01. U chorych na *lupus erythematodes* wystąpiła wprawdzie reakcyja ogólna w postaci dreszczów, wysokiej gorączki, albuminuryi itd., jednakże bez śladu reakcyi miejscowej. Podobnie rzecz się miała u jednego chorego na *lepra tuberosa*. A. sądzi, że u tych chorych istnieje w organizmie jakieś ukryte ognisko gruźlicze. (*Deut. med. Woch.* Nr. 50).

Prof. Schrötter we Wiedniu uważa środek Kocha za zupełnie nieszkodliwy przy należytem zastosowaniu, albowiem ani w jednym przypadku nie zauważył cięższych objawów. Reakcyja zdaniem jego nie zależy od dawki, lecz jedynie od indywidualności chorego. Dłuższe stosowanie środka sprowadza przyzwyczajenie się do niego, a nie działa zbiorowo. Z chorych dotkniętych gruźlicą krtani w najrozmaitszych okresach u niektórych reakcyja ogólna była nieznaczna, a miejscowych zmian w krtani środek wcale nie wywoływał. Wprawdzie w dwóch przypadkach ciężkich owrzodzeń w krtani powstał obrzęk, jednakże nie miał on groźnego charakteru i znikł po upływie kilku godzin.

W przypadkach gruźlicy płuc nie był w stanie S. za pomocą fizycznego badania wykazać zwiększenia lub zmniejszenia nacieku, natomiast ilość plwocin się powiększała bez znacznej różnicy we wejrzeniu. Ani w cząsteczkach tkaniny płucnej wykrztuszonych, ani w prątkach, których ilość w plwocinach się zwiększała, nie zauważał S. zmian, mogących mieć jakieś znaczenie. Szczególnie zwraca uwagę na to, że pomimo zresztą dość korzystnych warunków zewnętrznych. tylko u dwóch chorych ciężar ciała nieco się zwiększył, u wszystkich innych zresztą nastąpił ubytek w wadze, w niektórych przypadkach dość znaczny. Obrzęku śledziony nie zauważono w żadnym przypadku (*Wien. klin. Woch.* Nr. 51).

Doc. Riehl w Wiedniu badał kawałki skóry gruźlicą zajętej, a wyciętej podczas leczenia szczepianką Kocha. Histologiczne badanie okazało jako pierwsze działanie tego sposobu leczenia ostre zapalenie (wielka ilość ciałek białych szczególnie koło gruzełków, wypocina włóknikowa); zgadza się to najzupełniej z wynikiem badania Kromeyera i Browicza, którzy również zmiany anatomiczne wywołane wstrzykiwaniami szczepianki uważają za zmiany zapalenia i to zapalenia ropnego. Zmiany, które znalazł Israel (nekroza, zwyrodnienie tłuszczowe), uważa R. jako zmiany końcowe reakcyi, gdyż Israel badał tkankę po 13 injekcyjach. (*Wien. klin. Woch.* 51).

W zakładzie leczniczym Brehmera w Görbersdorf leczył Wolff 68 chorych wstrzykiwaniami szczepianki Kocha. W. przypuszcza wystąpienie reakcyi nawet tam, gdzie po dawkach 0·01 nie nastało podniesienie ciepłoty, ani nawet nie było objawów podmiotowych; gdyż zawsze przedmiotowo można wykazać działanie środka ze zmian w płucach, krtani. plwocinach. U ciężko chorych reakcyja była znaczniejsza, podczas gdy chorzy z nieznacznemi zmianami, lub tacy, którzy od dłuższego czasu przedtem leczyli się w zakładzie i byli dobrze odżywieni, trudno oddziaływali na injekcyje. W. przemawia stanowczo przeciw temu, aby chorym którzy się dobrze mają i na żadne dolegliwości się nie skarżą, wstrzykiwać limfę Kocha, gdyż przez injekcyje mogą stare, otorbione ogniska na nowo się tworzyć i sprowadzić niebezpieczne dla chorego następstwa.

W jednym przypadku gruźlicy nerek nastąpiła po injekcyi hematuryja. (*Wien. med. Woch.* Nr. 50).

Guttmann ze spostrzeżeń swoich poczynionych na 66 chorych w Moabicie, w którym to szpitalu oddano Kochowi 150 łóżek, wysnuwa wnioski, że reakcyja, która jest różną przy tej samej dawce, nie zależy od stopnia rozwoju choroby. Co do stosowania środka Kocha, zaleca G. następujące postępowanie: rozpoczyna się od dawki 1 mg., jeżeli nastąpi reakcyja, to nazajutrz nie wstrzykuje się, na trzeci dzień daje się znów 1 mg. a następnie czyniąc wciąż przerwy po jednym dniu, zwiększa się ostrożnie dawkę o 1 mg.

G. doszedł do dawek u dwóch dziewcząt po 0·05, a u jednego młodzieńca nawet do 0·1. Dziewczęta wymienione, które przed rozpoczęciem leczenia okazywały wyraźne objawy nieżytu szczytowego, uważa G. obecnie za wyleczone. (*Deutsche med. Woch.* Nr. 50).

Lenhartz w Lipsku stosował szczepiankę Kocha u dotkniętego chorobą Addisona, u którego gruźlicę płuc lub innych narządów tem bardziej wykluczyć było można, że po injekcyi ze strony tych narządów żadnej reakcyi nie można było wykazać. Reakcyja ogólna po pierwszem zaszczepieniu była bardzo ciężka, zwolna chory do środka się przyzwyczaił a po 8 mej injekcyi z 5 mgr. najwyższa ciepłota była 37·3. L. uważa przypadek ten jako skłaniający się ku wyleczeniu (*Deut. med. Woch* 51).

Kaposi śledził wpływ szczepianki Kocha na różne choroby skórne, nie będące natury gruźliczej. Ogólna reakcyja wystąpiła po średnich dawkach u chorego dotkniętego rakiem skóry, u innego z kiłą, u jednego z *lepra*, u jednego mięsakiem gardła i wreszcie z *lupus erythematosus acutus disseminatus*. U tego ostatniego reakcyja była najżywszą, jaką w ogóle K. u swoich chorych zauważył (ciepłota 40·7° przez 3 dni i towarzyszące jej ciężkie objawy). Miejscową reakcyję znalazł K. również w kilku przypadkach: *Lepra maculosa et anaesthetica, sarcoma pharyngis, ulcera syphilitica*, i *lupus eryth. acutus*, w którym to przypadku zmiany reakcyi w niczem się nie różniły od zmian miejscowych występujących wobec zwykłego liszaja leczonego wstrzykiwaniami środka Kocha.

Cornil przedstawił kilku chorych leczonych za pomocą środka Kocha w Hôpital Laennec. Z wywodów jego nad zastosowaniem nowej metody leczniczej podnosimy 3 przeciwskazania: za daleko posunięty rozpad w płucu, gdzie reakcyja miejscowa może sprowadzić groźny krwotok; nadto nie należy używać środka Kocha w obec rozległych zmian gruźliczych w krtani, wreszcie przeciwwskazaniem do stosowania wstrzykiwań jest gruźlica ogólna, gdyż z powodu równocześnie występującej reakcyi miejscowej w płucach, mózgu, otrzewny itd. mogą groźne nastąpić przypady. Szczególnie znacznem jest niebezpieczeństwo wobec gruźlicy opon mózgowych, gdzie objawy reakcyi mogą stan chorego znacznie pogorszyć. (*Bulletin médical* Nr. 96).

Hofmeier miał pomiędzy 39 osobami, którym szczepiankę Kocha wstrzykiwał, dwie ciężarne. Jedna z nich w 4-tym miesiącu ciąży, mająca nacieki gruźlicze dawne w szczytach, i dotknięta od ostatniego porodu tachykardyją, nie oddziaływała wcale na środek Kocha, który stosowano ostrożnie w dawce od 0.001 do 0.007, przyczem przybrała na wadze. W każdym razie nie zaszła żadna nieprawidłowość w przebiegu ciąży. Druga ciężarna (7 my miesiąc ciąży) nie okazywala zmian gruźliczych, ale jest dziedzicznie obciążona, a H. spodziewał się w tym jak w poprzednim przypadku, niejako przez szczepienie śródmaciczne nieść pomoc płodowi. Pomimo użycia silnych dawek (0.002—0.01), reakcyi ze strony matki nie było żadnej, natomiast tętno płodu, które przed wstrzykiwaniami wynosiło koło 132, podniosło się w czasie wstrzykiwań do 144—160, a po dawce 0.01 do 180. Przytem matka nie skarżyła się na żadne dolegliwości, macica nie okazywała dążności do kurczenia się, jedynie płód wydawał się niespokojniejszym. Z doświadczeń tych wynika, że środek Kocha dla ciężarnych nie przedstawia niebezpieczeństwa.

Co do techniki, przemawia H. za używaniem strzykawki Kocha, radzi jednak zatykać nasadkę metaliczną czopkiem z waty raz dlatego, ażeby przy sterylizowaniu alkohol nie dostawał się do balonika, a powtóre, aby powietrze w baloniku zawarte, które czasem dostaje się pod skórę, było po części oczyszczone. Co do przebiegu reakcyi i skutków leczniczych H. zgadza się z wynikami podanemi przez innych badaczy. (*Berl. klin. Woch.* Nr. 53)

W przeciwieństwie do Hofmeiera przemawia Ebstein w Gietyndze stanowczo przeciw leczeniu ciężarnych zapomocą środka Kocha. Pomimo że E. niema żadnego pod tym względem doświadczenia, przypuszcza, że przez injekcyje nie tylko zagraża się życiu płodu, ale także naraża się matkę na niebezpieczeństwo poronienia, przedwczesnego porodu itd. Z tego powodu leczenie u dwóch ciężarnych, które do niego się zgłosiły, odłożył na czas po połogu. Jako przeciwwskazanie do leczenia środkiem Kocha uważa E. także ciężkie gruźlicze schorzenia przewodu pokarmowego a to z powodu niebezpieczeństwa perforacyi, i gruźlicę otrzewny z wypociną płynną, gdzie przez laparotomiję można o wiele pomyślniejszy osiągnąć rezultat. Ze spostrzeżeń E. nad działaniem limfy Kocha w gruźlicy różnych narządów zasługuje na uwagę przypadek gruźlicy cewki moczowej u 17-letniego chłopca, gdzie po injekcyi nastąpiła reakcyja ogólna nie zbyt ciężka, natomiast miejscowej reakcyi nie było. Chory ten zyskał $1\frac{1}{2}$ kg. na ciężarze ciała, podczas gdy inni po większej części tracili na wadze.

Co się tyczy przypadków gruźlicy płuc i krtani, to podaje E., że w jednym z nich i to dość ciężkim injekcyje dochodzące aż do 0·01 nie wywołały żadnej reakcyi, a w innym ciepłota nietylko się nie podniosła, ale opadała, podczas gdy pod każdym innym względem reakcyja była ciężka i połączona z białkomoczem (bez wałeczków) (*Deut. med. Woch. 51*). (D. c. n.) *Dr. Beck.*

VI. W sprawie uregulowania prostytucyi.

Referat przedłożony c. k. Radzie zdrowia

przez

Dra Ż. Krówczyńskiego we Lwowie.

Przed rokiem wezwał Sejm (przy sposobności obsadzenia prymaryjatu w oddziale kiłowo-skórnym kobiet we Lwowie) c. k. Rząd, aby tenże zajął się sprawą uregulowania prostytucyi w celu zapobieżenia chorobom wenerycznym i kiłowym. Rząd przyjmując tę rezolucyję do wiadomości zażądał opinii c. k. Rady zdrowia, zapytując, czy i o ile rozporządzenie c. k. Namiestnictwa z r. 1888 uzupełnić należy. Referat w téj sprawie brzmi:

Do niedawna sporną kwestyję co do użyteczności uregulowania prostytucyi stanowczo w ostatnich czasach rozstrzygnięto, wykazując, że twierdzenia abolicjonistów są błędne i dla społeczeństwa w następstwach bardzo szkodliwe. Jeżeli twierdzenia abolicjonistów miały posłuch, to dla tego, że opierały się na bardzo wolnomyślnych hasłach i że zwolennicy tych sentencyj wyzyskiwali słabe strony statystyki, która w sprawie prostytucyi na słabych dotąd spoczywa podstawach. Doświadczenia zrobione w ostatnich dziesiątkach lat w Anglii stwierdzają z największą stanowczością, że przypadki kiły w dwójnasób się zwiększyły w miastach, w których wszelki dozór nad prostytucyją zniesiono i to samo doświadczenie dokonane w ostatnich latach we Włoszech musiało przekonać najzagorzalszych nawet przeciwników uregulowania prostytucyi, że są w błędzie, że ich kult źle zrozumianéj osobistéj wolności ciężką wyrządza krzywdę zdrowiu ogólnemu. Dzisiaj gdy mamy przekonanie, że prostytucyja żadnemi środkami nie da się wyrugować, bo ona jest złem koniecznem, nie dającem się powstrzymać najsroższemi karami, jak to poświadcza kara śmierci w średnich wiekach, dzisiaj powtarzam rozchodzi się o to, żeby nad prostytucyją zapanować i zrobić ją o ile można najmniéj szkodliwą w następstwach tak fizycznych, jakoteż moralnych.

Niejednokrotnie największe powagi naukowe wykazywały potrzebę przepisów międzynarodowych w sprawie chorób zaraźliwych, a szczególnie w sprawie chorób kiłowych, a na kongresach lekarskich międzynarodowych ile razy sprawa uregulowania prostytucyi była omawiana, tyle razy jednomyślnie podnoszono konieczną potrzebę przepisów międzynarodowych w téj sprawie, któreby obowiązywały wszystkie cywilizowane państwa i te przepisy stawiano na pierwszym planie, jako najpotężniejszy czynnik w poskromieniu chorób wenerycznych i kiłowych. Zanim jednak temu słusznemu żądaniu stanie się zadość, należy całą uwagę zwrócić na środki więcéj lokalnéj natury, któreby mogły umniejszyć zło wynikające z prostytucyi. A chociaż nie należy się łudzić na-

dzieją, aby w razie obowiązywania międzynarodowego regulaminu zło wynikające z prostytucyi zupełnie usunąć się dało, mamy prawo twierdzić, że przepisy międzynarodowe byłyby dla społeczeństwa bardzo użyteczne, bo użyteczne są wszelkie przepisy nawet lokalne, które prostytucyję nadzorują. Obowiązkiem państwa jest czuwać nad zdrowiem obywateli, a ta sama troska, która nakazuje czuwać nad dobrocią pokarmów, nad wykonywaniem rzemiosł itd., wkłada na państwo obowiązek czuwania nad prostytucyją. Dzisiaj wiemy, gdzie główne zło prostytucyi się znajduje, nad niem więc w pierwszym rzędzie najściślejszą kontrolę rozciągnąć należy. Niechaj jednak cyfry same wykażą główne złe. Zapożyczamy się w tym celu u Dra Buttego, który na ostatnim lekarskim kongresie w Paryżu taką statystykę przedłożył. Oto w ostatnim dziesiątku lat wynosił procent syfilitycznych i wenerycznych prostytutek mieszkających w domach tolerowanych, zostających pod kontrolą lekarską (*Filles soumises en maison*) 10°/₀, u prostytutek oddzielnie mieszkających, kontrolowanych (*Filles soumises isolées*) 3°/₀. W tymże samym czasie znaleziono aż 19°/₀ syfilitycznych, a 20°/₀ wenerycznych między prostytutkami tajnemi (*Filles insoumises*). Z cyfr przedłożonych wynika więc, że tajna prostytucyja jest szkodliwszą, aniżeli kontrolowana i że kontrola czyli uregulowanie prostytucyi jest rzeczą użyteczną. Do tego samego wyniku dochodzimy, rozpatrując cyfry przedłożone kongresowi przez Dra Barthelemy'ego, dotyczące Paryża. Oto na 1.932 prostytutek tajnych przypadkowo aresztowanych znaleziono 263 syfilitycznych i 371 wenerycznych czyli 20°/₀, w tymże samym czasie badano 47.371 razy prostytutki jawne, z których 143 było chorych, mianowicie 56 chorych na syfilis, a 78 na choroby weneryczne. Mniéj korzystny był procent u prostytutek jawnych a aresztowanych, bo na 14.574 badań stwierdzono 195 razy syfilis, 90 razy chorobę weneryczną; najkorzystniejszy jednak stosunek wykazały badania prostytutek, mieszkająąych w domach tolerowanych, albowiem na 42.795 badań stwierdzono tylko 54 razy syfilis, a 43 razy chorobę weneryczną. Niezapominajmy, że procent chorych niekontrolowanych wypadłby niewątpliwie nieporównanie większy, gdyby wszystkie kobiety oddające się tajnéj prostytucyi, a takich ma liczyć Paryż 100.000, zbadać można było. Podobne daty możnaby przytoczyć z rozmaitych krajów; z wszystkich dat wynika jedna i ta sama prawda, że tajna prostytucyja jest najszkodliwszą a jawna i kontrolowana najmniéj szkodliwą. Równie dokładnych dat nie umiemy przedstawić ani z naszego kraju, ani ze stolicy miasta Lwowa, a jakkolwiek te daty, które zaraz przytoczymy, nie są zbyt dokładne, potwierdzają one powyżéj przytoczoną prawdę, że że i u nas najwięcéj złego wyrządza tajna prostytucyja. Zestawiając według zatrudnienia chore, leczone w ostatnim dziesiątku lat w szpitalu lwowskim, przekonywamy się, że od r. 1879 ciągle wzrasta liczba leczonych tajnych prostytutek najniższego rzędu, przeważnie przy sposobności obław szpitalowi dostarczonych. Podczas gdy w r. 1880 procent tychże do ogólnéj liczby leczonych na tym oddziale wynosił 27·0, od tego czasu ciągle wzrastając dosiągnął poważnéj liczby 50·9. Taki sam procent wypada z zestawienia lekarza prostytucyjnego. Przeciwnie rzecz się przedstawia co do prostytutek zarejestrowanych, leczonych w lwowskim szpitalu, albowiem liczba ich z każdym rokiem się umniejsza, bo gdy w r. 1880 wynosił procent tychże 68·0, w r. 1889 był tylko 38·0. Porównywając te cyfry z liczbą leczonych w innych stolicach krajów do monarchii rakuskiéj należących, przekonywamy się, że Lwów wykazuje znacznie wyższe cyfry, co zdaniem mojem jest wynikiem bardzo sumiennego traktowania sprawy przez lekarza prostytucyjnego. Cyfry przytoczone musiałyby wypaść znacznie mniejsze, gdyby do lwowskiego szpitala zgłaszały się i nie prostytutki, jak to się dzieje w innych miastach; nie odpowiednie jednak urządzenie oddziału dla chorych wenerycznych kobiet, mianowicie niemożność oddzielenia chorych nie wyzutych ze wstydu od prostytutek najbardziéj wyuzdanych, zupełnie tłumaczy fakt omijania lwowskiego szpitala nawet przez prostytutki tajne lepszéj kategoryi. Ogólną jest skarga sprawą prostytucyi się zajmujących, że z każdym rokiem zmniejsza się liczba zarejestrowanych prostytutek, które usuwając się z pod kontroli, stają się przez to tajnemi, a zjawisko to tłómaczyć tem należy, że jawne prostytutki ponoszą najrozmaitsze ciężary bez wszelkich prerogatyw, podczas gdy tajne tych ciężarów nie mają. Że ten fakt nie powinien być obojętnym, nie potrzebuję dodawać udowodniwszy poprzednio, że w tajnéj prostytucyi spoczywa zło główne. Muszę tutaj przytoczyć cyfry najwiarogodniejsze, bo dostarczone przez bióro prostytucyjne. Oto podaje ono, że w roku:

1879	pozostało	186	przybyło	108	razem	294	ubyło	84
1880	„	210	„	115	„	325	„	116
1881	„	209	„	88	„	297	„	101
1882	„	196	„	70	„	266	„	91
1883	„	175	„	83	„	258	„	61
1884	„	197	„	127	„	324	„	71
1885	„	253	„	82	„	335	„	60
1886	„	275	„	168	„	421	„	146
1887	„	167	„	—	„	—	„	—
1888	„	197	„	61	„	258	„	73
1889	„	185	„	84	„	269	„	88

Nie sądzimy jednak, że przez ubytek należy rozumieć umoralnienie prostytutek. Jak wiadomo powrót do życia rodzinnego u prostytutek należy do najrzadszych zjawisk, ubytek zaś nie jest niczem innem jak wycofaniem się z pod kontroli, aby potajemnie oddawać się prostytucyi. Dodajmy do tego, że najczęstszą przyczyną ubytku jest właśnie choroba syfilityczna, którą dotknięta we Lwowie prostytutka nie chcąc poddać się leczeniu i stracić wygodną pozycyję przenosi się ze Lwowa do mniejszego miasteczka, aby tam długi czas bezkarnie szerzyć zarazę. Na te, że tak powiemy, koczujące prostytutki dawno zwrócił Tarnowski uwagę jako na wielkie zło. Z wykazów dostarczanych Radzie zdrowia dotyczących mniejszych miast naszego kraju widać, że taka emigracyja jest zjawiskiem bardzo częstem i że naszą stolicę dobrze zasila prowincyja zarażonemi emigrantkami prostytucyjnemi i odwrotnie stolica prowincyję. Nic dziwnego, że w tych stosunkach musi się coraz więcéj rozprzestrzeniać kiła i choroby weneryczne w naszym kraju i że pod względem chorób wenerycznych i kiłowych zajmuje Galicyja niestety najpierwsze miejsce między prowincyjami monarchii rakuskiéj. Że tak jest wskazują przedewszystkiem cyfry, obejmujące ilość leczonych w szpitalach wojskowych, których w r. 1880 było we Lwowie na oddziale wenerycznym 1168, a w r. 1888, 1465. W Krakowie jeszcze wybitniéj przedstawia się zwiększenie, bo gdy w r. 1886 było 792 chorych, w r. 1888 wzrosła liczba leczonych do 1618. Podane cyfry nie są wprawdzie bezwzględnie prawdziwe, należałoby bowiem dla dokładności porównać je ze stanem garnizonu, który bywa różny; w każdym razie zwiększenie ilości chorych przeszło w dwójnasób w Krakowie przemawia za wzrostem ogólnéj liczby chorych wenerycznych. Rozprzestrzenienie chorób wenerycznych wskazują cyfry podane przez Dra Töplyego, dotyczące chorób wenerycznych w armii austryjacko-węgierskiéj. Zdaniem tego autora na 1000 żołnierzy jest 69·4 wenerycznych, a na 1000 chorych 48·4 wenerycznych. Od r. 1872 wzrasta stale liczba chorych wenerycznych w wojsku, jak to wskazują cyfry; w roku 1872 wynosił procent na 1000 chorych 34, w r. 1885 dosięgnął już 63·0. Cyfry te jednak nie są zupełnie dokładne, wielka bowiem liczba chorych szczególnie szarży niższéj i wyższéj leczy się prywatnie, raz dla braku zaufania do szpitalnego leczenia i przez nie specyjalistów lekarzy wojskowych, powtóre dla tego, że choroby weneryczne tworzą złą kwalifikacyję, albo co także się dzieje, dotknięci chorobami wenerycznymi bywają jak za występek karani. Oba miasta Galicyi dostarczają poważny procent chorych wenerycznych; dla Lwowa wynosi on 74·0, dla Krakowa 76·9, podczas gdy w Pradze wynosi 56·6, a nawet we Wiedniu tylko 57·4. Opierając się na cyfrach przez Töplyego podanych, stwierdzamy, że Polakom po Węgrach i Rumunach niestety pierwsze należy się miejsce, bo Węgrów na 1000 żołnierzy bywa 105·2, Rumunów 87·3 chorych wenerycznych, Polaków 61·9,

a Rusinów 59·9, a gdy zważywszy, że 1/3 z téj ogólnéj cyfry jest dotknięta kiłą, cały ogrom złego przedstawi się nam w całéj pełni. I inaczéj być nie może, bo w Galicyi z wyjątkiem Lwowa i Krakowa nie wiele się robi dla kontrolowania jawnéj prostytucyi, jeszcze zaś mniéj dla kontrolowania tajnéj. Wprawdzie po dwuletniem doświadczeniu trudno byłoby dzisiaj orzec o ile sumienne spełnianie poleceń i zarządzeń c. k. Namiestnictwa wydanych w sprawie prostytucyi z r. 1888 ukróciłoby szerzenie się chorób wenerycznych i kiłowych, z przedłożonych jednak obecnie sprawozdań to stanowczo wynika, że z wyjątkiem w kilku miastach, jak we Lwowie, Krakowie, Przemyślu itd., czy to przez nieświadomość, czy z innych przyczyn zarządzenia c. k. Namiestnictwa dotąd pozostały prawie martwą literą lub najbezmyślniéj były wykonywane. Na świadectwo przytoczę niektóre cyfry. Lwów dostarczył z ogólnéj liczby 185 prostytutek zarejestrowanych 130 do szpitala w r. 1889, a 110 niezarejestrowanych na 221 podejrzanych, Borysław miał niedostarczyć ani jednéj, chociaż posiadać miał podejrzanych 221, a zarejestrowanych 23 utworzyło 101 dostarczonych do szpitala, Drohobycz dostawił do leczenia tylko jednę z ogólnéj liczby jawnych 39, Stanisławów zaś nie dostarczył ani jednéj z 54 zarejestrowanych, chociaż badań ogółem było 377, być zaś powinno do pięciu tysięcy, bo każda prostytutka zarejestrowana powinna być w myśl rozporządzenia dwukrotnie w tygodniu badaną. Jarosław zaś nie posiadający żadnéj podejrzanéj dostarczył mimo to 37 tajnych prostytutek do szpitala. Z tego co przytoczyłem jest aż nadto widocznem, że powyżéj wyrażone zdanie o niedokładności sprawozdań jest zupełnie usprawiedliwione, a także i to jest pewne, że nie czyni się zadość przepisom wydanym przez c. k. Namiestnictwo z r. 1888 i że w tym względzie należałoby żądać sumiennego spełniania poleceń tak przez lekarzy, jakoteż przez bióra prostytucyjne w ogólności, jeżeli cel ma być osiągnięty.

Jakkolwiek c. k. Radzie zdrowia przedłożone sprawozdania o ruchu chorych wenerycznych w szpitalach są bardzo nieliczne i zapewne nie zbyt dokładne, przecież z przedłożonego materyjału stanowczo wnioskować można, że choroby weneryczne i kiłowe przedewszystkiem szerzą się w miastach posiadających większe załogi, to jest oprócz Lwowa i Krakowa w Przemyślu, Stanisławowie, jakoteż w miastach około centrów przemysłu jak: Biała, Drohobycz, Kołomyja, Wadowice itd. Zjawisko to jest powszedniem i ono wskazuje, że nie tylko nad zdrowiem żołnierzy, ale i robotników czuwać należy, gdyż te klasy społeczne obejmujące ludzi średniego wieku i cieleśnie silnych z natury rzeczy dostarczają największéj chorych wenerycznych. Niepodobna także zaprzeczyć, że dla dokładnych dat statystycznych należałoby podać jednolity wzór układania wykazów i z tego powodu byłoby rzeczą pożądaną, aby bióro sanitarne c. k. Namiestnictwa taki wzór przedłożyło. Pozornie kontrola w wojsku istnieje, jéj wykonanie jednak pozostawia bardzo wiele do życzenia; lekarze szpitalni mogliby niejeden przypadek przytoczyć, w którym uwolniony ze służby żołnierz był przyczyną endemii syfilitycznéj. Pod tym względem należałoby żądać koniecznie ulepszeń co do ścisłego dozoru nad wojskowymi i dokładnego badania wszystkich aż do oficerów wyłącznie, nieuwalniania zawczesnego ze szpitala i wreszcie częstego kontrolowania przedewszystkiem tych żołnierzy, którzy kiłę przebywszy mogą uledz nawrotom choroby. (Dok. nast.).

Przyczynki do Epidemijologii Wschodu. [1])

Podał

Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.

Wielbłądzim krokiem postępujące nasze ulepszenia sanitarne znowu dają mi możność uwydatnienia, że od ostatniéj epidemii cholery w arabistańskim Iraku, epidemijologiczna sytuacyja tureckiego wschodu żadnéj nieulegała zmianie. Znowu bowiem wypada mi zwrócić uwagę na okolice nadtygrzańskie, gdzie rozległą arbelską doliną o 41° st. szerokości geograficznéj zaznaczyliśmy w roku przeszłym granicę, przy któréj zatrzymała się grasująca w Mezopotamii cholera.

Śledząc za kierunkiem jéj postępu z ognisk południowych staréj Chaldei, dostrzegliśmy, że zaraza trybem prawdziwie etapowym rozwlekała się stale na północny zachód, przeskakując łańcuchy straży sanitarnych, których niepraktyczność ponownie udowodniono. Zaznaczywszy swój postęp w licznych osadach kurdzko-arabskich, dostrzeżona także na przestrzeni między prawem wybrzeżem Tygrysu i rzeką Chabur pośród koczujących plemion Arabów „Szammar“, zaraza legła wreszcie u wrót starego Mossulu. Z ostatnim jéj przypadkiem czujność władz sanitarnych, a tem więcéj i administracyjnych, bez zwłoki powróciła do tradycyjnego godzenia się z fatalizmem, czego następstwem było zaniechanie rozwinięcia środków zapobiegawczych, jakiemi działać należało, aby podciąć zarodki zakorzeniającéj się widocznie zarazy. Łagodny stosunkowo charakter cholery w północnych okręgach Mezopotamii, owe że tak je nazwę oswojenie się ludności z chorobami zakaźnemi; głębokie przekonanie, że plaga co nas doświadczyła w tym roku nie powtórzy się tak prędko, posłużyć mogą do wytłumaczenia obojętności na konieczną potrzebę stopniowego choćby polepszania fatalnych wszędzie warunków higienicznych. Już sam fakt trwania cholery w granicznéj Persyi i rozwleczenie się jéj pośród Kurdów „Lurd“ i „Kelhur“, pozostających w ciągłych stosunkach z mieszkańcami rozległych wybrzeży Tygrysu; zagnieżdżenie się zarazy w ogniskach zaledwie wygasłych, nakazywały przedłużenie trwania zarządzonéj już czujności sanitarnéj, aby o ile to jest możebnem zabezpieczyć pograniczne okolice od ponownego z wiosną wybuchu zarazy. Gdy już bowiem nieszczędzono kosztów na wysłanie kilkunastu lekarzy na czas trwania epidemii w arabistańskim Iraku, to i po jéj złagodnieniu pozostawienie urzędników sanitarnych na porozrzucanych posterunkach nie zachwiałoby zbytecznie finansową nawą. Jednakże, czy to w zamiarze uspokojenia umysłów, czy też tylko przez wzgląd na znaczne koszta, z chwilą ustania przeszłorocznéj epidemii, pospieszono się odwołać wysłanych lekarzy, zadowalając się raportami, zapewniającemi o pomyślnym stanie zdrowotnym w prowincyi! Co zaś gorsza, że w liczbie odwołanych lekarzy, co dotarli do punktów najbardziéj zagrożonych, znajdowali się drowie Saad i Stiepowicz. Przerzuceni do Mezopotamii z punktów takich, jak: Trebizonda i wyspa Chio, zwalczając trudności nietylko fachowe, ale przeważnie fizyczne, mieli obaj koledzy zamiar przeprowadzić poszukiwania nad rozmaitemi pokładami gleby w celu wykazania, czy takowe i w Mezopotamii stanowią dla cholerycznego żyjątka owe „substratum“ Pettenkofera, sprzyjające rozwojowi i przechowaniu siły żywotnéj zarazka. Jednem słowem usiłowania ku pogodzeniu teoryi z faktem, że i tu pewne warstwy gleby są zdolne do wzmocnienia etyjologicznego powodu zarazy. Chlubnego tego zadania jednak nie przeprowadzili pomimo tak wielkiego jego znaczenia dla epidemijologii tureckiego Wschodu. Spodziewając się znaleść sposób, mogący ułatwić wytłumaczenie etyjologii tak częstych powrotów zarazy nie już w następstwie przerzutu jéj z zewnątrz, a tylko wskutek niezmiennych miejscowych warunków, spotkaliśmy się z odwołaniem pracowitych kolegów. W ten sposób szczupłe nasze wiadomości o możebnym wpływie gleby i piasku pustyni na rozwój chorób zaduchowo-zakaźnych, nie zostały wzmocnione żadnem nowem doświadczeniem.

W miasteczkach zaś i wioskach, gdzie zaraza grasowała z większą lub mniejszą energiją, nie przeprowadzono żadnych higijenicznych ulepszeń. I tylko pozostawiona rada, aby mieszkańcy za przykładem sąsiadów Kurdow perskich sami czuwali nad zabezpieczeniem się od zarazy, była jedynym środkiem, jaki zdołał nieco trafić do przekonania tutejszéj ludności.

Okazało się jednak, że i tę radę zgnębiły opieszałość i niedbalstwo wschodnie. Z pierwszym bowiem brzaskiem wiosny położenie zdrowotne w Mezopotamii znowu przybrało groźny charakter. Podług wiadomości otrzymanych z Bagdadu, w drugiéj połowie kwietnia cholera wybuchła w osadzie Beled, co prawda nie ludnéj, lecz tak nędznéj, że ten już jej charakter wystarczał do wprowadzenia w popłoch

[1]) p. Nr. 10 z r. 1890.

mieszkańców całéj okolicy. Zaraza szerząc się w téj miejscowości do połowy maja, sprowadziła zupełne jéj wyludnienie.

Jednocześnie kilka przypadków cholery zauważano w Mossulu i we wsiach Telkine i Hassad, położonych w pobliżu miasteczka Dżezyreh. Brak urzędu sanitarnego w pobliżu skłonił miejscową władzę do wysłania do zagrożonych miejscowości lekarza wojskowego. Raport przez niego złożony nie podprowadza wprawdzie pod nazwę cholery zauważanych przypadków, zawsze jednak uważa je za zakaźne i groźne. Gdy zaś podług depeszy gubernatora z Wanu w Armenii dowiedziano się, że w miasteczku Amadieh szerzy się stan chorobowy bardzo zbliżony do cholery, gdy w końcu czerwca i początkach lipca kilka jéj przypadków sprawdzono w Dżezyreh, wtedy przypomniano sobie, że i w roku przeszłym zaraza w tych miejscowościach wybuchła z nastaniem pierwszych upałów i pospieszono wysłać znowu kompetentnego urzędnika sanitarnego. (C. d. n).

Stosunki lekarskie w Rosyi.

Jak w innych krajach, tak u nas Koch jest bohaterem dnia, twórcą istnej „kochiady.“ Doświadczenia z „kochiną“, która prawdopodobnie nie jest niczem innem jak nieorganizowanym fermentem, toxalalbuninem, enzymą, prof. Nenckiego, głównie się odbywają w Petersburgu i Moskwie. Przy wstrzykiwaniu płynu w Instytucie medycyny doświadczalnej byli nawet obecni Najjaśniejsi Państwo. Głównie zajęto się leczeniem wilka i chociaż ogłoszone są protokóły doświadczeń, to głównie odnoszą się one do wywoływanej reakcyi i jako niedokończone potrzebują dalszych obserwacyj. Wspomnę tu tylko, że w Instytucie petersburgskim śród reakcyi zauważono między innemi objawami także przekrwienie naczyniówek, światłowstręt, łzotok i obrzęk powiek, a prof. Sklifossowski w Moskwie konstatował każdym razem rozszerzenie się źrenic. Z doświadczeń nad suchotami płuc wspomnę tylko prof. Czerinowa w Moskwie, który przekonał się o niezmiernej ilości lasecznikow w plwocinach po zastrzykiwaniu płynu i obserwował iż, pomimo reakcyi, waga ciała nie zmniejszała się wcale.

Rada lekarska państwa d. 27/XI postanowiła poddać rządowej kontroli używanie w Rosyi sposobu prof. Kocha przy leczeniu chorych na gruźlicę, a to z powodu często wywoływanej silnej reakcyi ogólnej (nudności, wymioty, kaszel, tętno 120 do 160, c. do 41 itd.) i miejscowej, trwającej 1 do 3 dób i mogącej zakończyć się śmiercią. Odtąd więc będzie można używać płynu prof. Kocha dopiero po zbadaniu go i aprobacyi w specyalnem laboratoryum, zatwierdzonej w tym celu przez ministeryum spraw wewnętrznych, pod osobistą odpowiedzialnością każdego z lekarzy.

Do liczby poprzednio wspomnionych kontrolorów Kochowych dodać jeszcze należy Dra Gurina w Kijowie. Demonstrował on w towarzystwie lek. chorego z ogromną kawerną płuc, „umierającego od osłabienia i kaszlu,“ którego wyleczył po 3—4 tygodniach wewnętrznem zastosowaniem mięszanej antiseptyki. Koch ma wyleczyć początkowe suchoty płuc w jakie 4—6 tygodni, a p. Gurin dokonał tego w stanie rozpaczliwym w ciągu 3—4 tygodni. Nieprawdaż, że jest to konkurent, z którym się trzeba liczyć?! (p. *Ruskaja medicina* Nr. 44).

Jeszcze słówko o prof. Zacharijnie. Prócz 4-ch profesorów, którzy nie podpisali do niego adresu fakultetu lek., okazało się, że do tej gruppy przyłączyło się jeszcze 3-ch. Młódź uniwersytecka przeciwna Zacharijnowi wystosowała też adres, przekonywający po czyjej stronie słuszność. Zacharijn odpowiedział wydawnictwem swych „klinicznych lekcyj,“ których wyszło dwa zeszyty; w 1-szym znajdujemy wykład o klinice, o upustach krwi i o kile serca, której podaje 10 własnych spostrzeżeń; w 2-gim klinikę chorób trzew brzusznych, cierpienia czynnościowe systemu nerwowego i o wewnętrzném użyciu wód mineralnych. Główną cechą tych lekcyj jest ich praktyczność.

Z liczby świeżych wydawnictw muszę wspomnieć o sporej książce warsz. prof. Taubera „współczesne szkoły chirurgii w główniejszych państwach Europy,“ ozdobionej drzeworytami. W r. z. ogłosił on 1-szy tom o szkołach angielskich, obecnie mam przed sobą 2-gi tom o szkołach niemieckich; (wydanie głównego wojsk.-lek. Zarządu). Autor obznajamia czytelnika z klinikami: Bergmanna, Bardelebena, Küstera, Volkmanna, Esmarcha, Thierscha, Czernego, Lückego i kończy biografiją Langenbecka, od którego, jako patryarchy niemieckich chirurgów, wyprowadza całą tablicę genealogiczną przedstawicieli spółczesnej niem. chirurgicznej szkoły. W tem drzewie genealogicznêm znajdujemy i naszych uczonych: dra Mikulicza (ur. 1850), prof. wrocławskiego, który jest uczniem Billrotha, i dra Rydygiera (ur. 1850), prof. krakowskiego, który jest uczniem Huetera; ponieważ Billroth i Hueter są uczniami Langenbecka, na tablicy przeto przedstawiono, jakoby Mikulicz i Rydygier byli wnukami zmarłego berlińskiego chirurga. Wspomniani chirurdzy nasi dość często cytowani są w powyższém dziele, w którem nadzwyczaj treściwie opracowany dział laryngektomii; wszystkich znanych przypadków wycięcia krtani autor podaje w tablicach 163; w opracowaniu tego dzieła niemało posiłkuje się artykułami Drów W. Krajewskiego i W. Wróblewskiego, druk. w „*Medycynie*“ (1889) i kończy słowy Stromeyera, iż „z takich operacyj ludzkość nic nie zyska, a dla chirurgii nie przynoszą one żadnego zaszczytu!“

Przeszło już rok cały w specyalnych i codziennych pismach toczy się zajadła walka między petersburskiemi akuszerami i ginekologami, która się przeniosła i do towarzystw: akusz.-ginekologicznego i tow. lekarzy rosyjskich. Kozłem ofiarnym jest prof. Otto, który w celach rozpoznawczych w przypadku niewyraźnej 4-ro miesięcznej pozamacicznej ciąży wykonał u chorej *abrasio mucosae uteri*, w skutek czego trąbka Fallopii pękła i wywołała śmiertelne zapalenie otrzewnej; laparatomii na razie nie zrobiono. Lekarze rozdzielili się na dwa obozy, jedni byli za Ottonem, drudzy przeciw niemu; zarzuty i wyjaśnienia trwają do dziś dnia, nie przynosząc pożytku dla nauki. Główny zarzut, jaki robią dziś O., jest, po co wyskrobywał macicę i dlaczego nie wykonał laparatomii po przejściu płodu do jamy otrzewnej? W każdym razie jest to fakt pouczający, iż nawet przypuszczając ciążę pozamaciczną, potrzeba się wystrzegać wszelkich operacyjnych czynności, nie będąc w stanie wnet wykonać laparatomii.

Znany chemik prof. Mendelejew staje w obronie prof. Pehla, którego posądzono o fałszowanie sperminy. Opierając się na liście dra Schreinera, znanego badacza sperminy, p. M. w 2-ch listach ogłoszonych do Pehla w Nr. 48 „*Wracza*“ powiada, iż „pańska spermina jest rzeczywistą sperminą a berlińska (firma Scheringa), którą panu przedstawiali jako najlepszy preparat, nie jest sperminą, lecz dawno znaną „piperasiną.“ Zdawałoby się po tem wszystkiem, że spór o sperminę powinien już ucichnąć, lecz — jak słychać — pomimo to Rada lekarska chce zabronić sprzedaży Pehlowego preparatu.

Dr. Junge, b. prof. okulistyki w Petersburskiej akademii lek., a następnie dyrektor agronomicznej akademii w Moskwie, po przejściu w stan spoczynku, w r. b. zakłada w Krymie lecznicę oczną. Pożądany zakład ten urządza się w majątku słynnego przed laty okulisty, 18 wiorst od m. Teodozyi, w pysznej miejscowości nad brzegiem morskim.

„*Sanitarnoje dieło*“ pomieściło w swych łamach (Nr. 20 do 23) ciekawy artykuł p. t. O desinfekcyi zamieszkałych lokalów w wojskowym wydziale, pióra niedawno zmarłego nieodżałowanej pamięci kol. L. Wieczorkiewicza. *Dr. J. T.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 1 stycznia. W roku właśnie ubiegłym nawał prac był tak znacznym, że mimo najlepszéj woli nie mogliśmy zawsze dogadzać szan. współpracownikom, tak że prace ich czasem dość długo zalegać musiały. Dziękując im za nieprzerwane popieranie naszego pisma, przepraszamy ich zarazem za to opóźnienie, któremu zapobiedz nie mogliśmy, pomimo, że materyjalnych nie szczędziliśmy wydatków. Obowiązani wydawać tygodnik w objętości średniéj $1^1/_2$ arkusza, a więc 78 arkuszy na rok, wydaliśmy o $15^1/_2$ arkusza więcéj, a zbyteczna dodać, na jaki koszt dobrowolnie się skazaliśmy. Ta ofiara nieuchroniła nas atoli od możebnego zarzutu, że wbrew zwyczajowi nie ukończy-

liśmy wszystkich prac rozpoczętych. Zawiodło bowiem wszelkie obliczenie, gdy w ostatnich dwóch miesiącach weszła nagle na porządek dzienny sprawa tak aktualna, zwłoki nie cierpiąca, jak odkrycie Kocha. Zmuszeni więc byliśmy przerwać prace większe, jak koll. Obrzuta i Jabłonowskiego, a ukończymy je w roczniku bieżącym. Tuszymy sobie, że szan. współpracownicy, na których dalszéj pomocy wiele nam zależy, zechcą przyjąć to nasze usprawiedliwienie jako wyjątkowem położeniem uzasadnione.

* Wedle zwyczaju wypada nam na początku roku pożegnać się z tymi, którzy w ciągu roku ostatniego ubyli ze szeregów. Umarli amatorowie: Arnold ojciec, Frey, Voigt b. prof. we Lwowie, Krakowie i Wiedniu, Wikczemski, Cerych, Parker, Sumbera, W. Gruber. Fizyjologogowie: Panet we Wiedniu, Besser w Petersburgu. Farmakologowie: Cloëtta, Kułakowski, kolega Mickiewicza. Klinicyści: Botkin, Brehmer, Kunze, Schulz, baron Dusch, Gull, Cauvet, Paweł Niemeyer. Chirurdzy: Antal, Wahl, Mollière, Michaux, Jelenffy, Nussbaum Salzer. Okuliści: Hock, Oton Becker, Lehmann w Kopenhadze, Coccius. Otyjatra: Tröltsch. Położnicy: Thaler w Linzu, Schmitt w Monachijum, Litzmann, Neugebauer ojciec, Duncan, Schwartz. Pedyjatrzy: Herz, Nestlé, Vogel. Neurologowie: Rosenthal, Schaerer, Westphal. Higijeniści: Dobrosławin, Lutostański, Huss. Lekarze sądowi: Werewkin w Petersburgu, Pincus w Królewcu. Helmintolog: Küchenmeister. Z lekarzy rodaków zmarli: Barcz, Blumental, Dorantowicz, Janocha, Jeliński, Juszkiewicz, Homme, Horn, Greve, Gawroński, Jorkasz-Koch, Kulczyński, Kucharski, Izdebski, Kobylański, Nowicki, Mackiewicz, Maluszyński, Pruski, Radek, Rymarkiewicz, Śmietana, Senft, Tylko, Wysocki Feliks, Żubowski, Zapałowicz, Zakliński, Zdzieński, Zabierowski. Pokój ich cieniom!

* Na ostatniem swem posiedzeniu Wydział Lekarski uchwalił jednogłośnie: 1) wystósować adres do prezesa Majera z powodu 60-letniego jubileuszu doktorskiego, który przypada w dniu 12 stycznia i wręczyć mu adres ten *in corpore;* 2) podziękować Ministerstwu za oświadczenie, uczynione przez p. Ministra w sprawie katedry higijeny i prosić zarazem o rychłe upoważnienie Wydziału do przedstawienia wniosków względem obsadzenia téj katedry; 3) mianował asystentem przy katedrze medycyny sądowéj Dra Leona Wacholza na 2 lata; 4) mianował drugim asystentem przy katedrze fizyjologii kand. med. Władysława Szymonowicza na rok jeden i prosić Ministerstwa o potwierdzenie; 5) czyniąc zadość wezwaniu Wydziału krajowego wybrał prof. Rydygiera członkiem komitetu dla budowy pawilonu chirurgicznego w szpitalu ś-go Łazarza w Krakowie, a prof. Marsa członkiem delegowanym Wydziału do ankiety dla budowy zakładu położniczego we Lwowie.

* Otrzymujemy następujące pismo:

Nie mogąc na wszystkie a bardzo liczne już to listownie już to na drodze telegraficznéj przesłane nam z powodu 25-cio letniéj działalności Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk dowody duchowéj łączności i szczeréj życzliwości odpowiedzieć z osobna, zniewoleni jesteśmy na téj drodze złożyć nasze najserdeczniejsze podzięki świetnym Towarzystwom, Uniwersytetom, szanownym Kolegom jak w ogóle wszystkim, którzy w dniu tym łaskawie o nas pamiętać i życzenia przesłać nam raczyli.

W imieniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego *Dr. B. Wicherkiewicz*
prezes wydziału.

* Dr. Goldhaber, Dr. Szymkiewicz nadesłali na ręce Administracyi po 2 złr. na fundusz wdów i sierót po lekarzach zamiast życzeń noworocznych.

* W tygodniu 50 (14—20 grudnia) było w Krakowie małżeństw 4, urodzin 52, skonów 51 (34·72); z tych było: z odry 3, z płonicy 1, z błonicy 2, z gruźlicy 11, z zapalenia płuc 8, z duru brzusznego 1.

* **Mianowania.** P. Namiestnik zamianował Dra Antoniego Krokiewicza, b. asystenta przy katedrze anatomii patologicznej, asystentem sanitarnym i przydzielił go do służby przy Namiestnictwie. Służbie publicznej zdrowia przybywa siła znakomita. Dr. Krokiewicz odbył w Krakowie studyja od szkół najniższych począwszy wszystkie z postępem celującym a niedawno temu zdał egzamin rządowy również z odznaczeniem; przez lat kilka był asystentem prof. Browicza a przez rok pracował w Berlinie u Kocha; z rozległą wiedzą lekarską łącząc niezwykłą pracowitość zaskarbi on sobie uznanie władzy przełożonej i na nowém stanowisku.

* **Nekrologija.** W Krakowie zmarł docent dentystyki Dr. Karol Goebel przeżywszy lat 45. Ciężką złożony chorobą dogorywał od dłuższego czasu i w ostatnich latach już obowiązków swoich nie pełnił. Cichy, skromny, uprzejmy dla każdego, dobroczynny dla ubogich używał on poważania powszechnego. — Z Paryża donoszą o śmierci Dra Huberta hr. Krasińskiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.